3
Begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2016 (34300-XVI).**

(Zie vergadering van 4 november 2015.)

De **voorzitter**:
Door mij zijn schriftelijke antwoorden ontvangen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op vragen, gesteld in eerste termijn.

Deze antwoorden zullen worden opgenomen in een bijvoegsel bij de Handelingen van deze vergadering.

(Het bijvoegsel is opgenomen aan het eind van deze editie.)

De **voorzitter**:
Het gaat om schriftelijke antwoorden op een groot aantal vragen, inclusief de schriftelijke reactie op een aantal ingediende amendementen, maar niet op alle amendementen. Wij zullen dus bijhouden of die amendementen aan het einde wel van een reactie zijn voorzien. Er kunnen natuurlijk ook altijd nog amendementen binnenkomen.

De minister staat er al helemaal klaar voor, dus ik geef haar het woord voor haar beantwoording in eerste termijn.

De algemene beraadslaging wordt hervat.

☐

Minister **Schippers**:
Voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng in eerste termijn. In de afgelopen jaren is er ontzettend veel gediscussieerd over ons zorgstelsel. Vaak waren dat discussies met een hoog ideologisch gehalte, waarbij het ene uiterste was dat ons zorgstelsel een soort paradijs zou zijn, en het andere uiterste dat er helemaal niks van zou deugen.

De werkelijkheid is dat de gezondheidszorg in Nederland goed is, maar zeker niet perfect. Het kan altijd beter en dat moet ook. De werkelijkheid is dat we hard hebben gewerkt aan een stelsel dat nu alle elementen bevat om de zorg goed, toegankelijk en betaalbaar te houden voor iedereen, maar dat we in de praktijk wel problemen zien waartegen patiënten en zorgaanbieders aanlopen. Laten we de komende jaren niet opnieuw verzanden in ideologische discussies over grote stelselwijzigingen, waar noch de patiënt, noch de zorgverlener in de praktijk wat aan heeft. Veel beter is het om de problemen praktisch aan te vliegen.

Het huisartsentraject is daarvan een mooi voorbeeld. Deze zomer is intensief gesproken over de kwaliteit, over samenwerking en over de regeldruk. Daarvoor is ook jarenlang gesproken over regeldruk, en iedereen kon precies vertellen welke regeldruk door anderen moest worden afgeschaft. Regeldruk komt echter van alle partijen; van VWS maar ook van de sector zelf, van de wetenschappelijke verenigingen, van de beroepsorganisaties en van de verzekeraars. Regels worden ook met de beste bedoelingen gemaakt; voor een betere kwaliteit of voor meer doelmatigheid, om de euro's beter te besteden of om de patiënt beter te informeren. In de afgelopen jaren hebben we, in vorige kabinetten en ook in dit kabinet, ambitieuze doelstellingen gehad om die regeldruk te verminderen. Wij meten die dan ook heel trouw. We constateren met elkaar dat de regeldruk daalt, maar de mensen in de zorg die het werk doen, merken daar weinig van. Het was echt tijd voor een andere aanpak.

Afgelopen zomer was er een keerpunt. De huisartsen zijn om tafel gegaan met verzekeraars, met de Nederlandse Zorgautoriteit, met de Autoriteit Consument & Markt, met patiënten en met VWS. Niet vanuit de schuttersputjes, maar voor een goed gesprek. Waar lopen de huisartsen in de praktijk tegen aan? Waarom is dat zo? Is die regel nog wel nodig? Heeft dit formulier nog wel zin? Is deze indicator eigenlijk relevant voor de patiënt? Want negen keer controleren is niet beter dan één keer, en baat het niet, dan schaadt het wel. We kunnen veel meer gebruikmaken van professionals zelf. Zij kunnen elkaar scherper beoordelen dan wie dan ook, met visitaties en spiegelinformatie. Vertrouwen in elkaar is dan belangrijk. Je moet je in de ander kunnen inleven en je moet heldere afspraken maken. Zo'n traject is bijzonder intensief en tijdrovend, maar het is ook de enige manier om het tij echt te keren, om gewoon te bekijken: waar hebben de mensen op de werkvloer nou last van en hoe kunnen we dat wegnemen zonder dat we al die mooie doelen tekortdoen? En "we" is niet de overheid alleen, maar dat zijn wij allemaal.

Die aanpak spreekt mij aan. Daarom breiden we die aanpak uit van de huisartsen naar die partijen die dit ook een aantrekkelijk perspectief vinden, bijvoorbeeld fysiotherapeuten of psychotherapeuten. Zij lopen ook tegen regeldruk aan, zij zijn ook bezig met kwaliteit en zij denken bij samenwerking ook vaak: nou, ik doe het maar niet want het mag vast niet van de ACM. Dat is vaak onterecht. Ook zij gaan nu samen om tafel om elkaar eens goed in de ogen te kijken en het op te lossen, met elkaar, dus met verzekeraars, patiënten en andere zorgverleners in de eerste lijn en waar nodig ook met VWS. Zij doen dat om overbodige regels te schrappen, om meer inbreng te hebben in de contracten en om beter te kunnen samenwerken in het belang van de patiënt. Ik heb veel vertrouwen in deze route, die overigens beslist niet makkelijk is.

Ik wil deze praktische aanpak ook voor ouderen die langer thuis blijven wonen. Het aantal 80-plussers is in de afgelopen 30 jaar verdubbeld en zal in de komende 20 jaar opnieuw verdubbelen, terwijl het aantal mensen dat in een verzorgingshuis woont is gehalveerd. Dan weet je dus dat heel veel hoogbejaarde mensen nog thuis wonen. Dat is fijn. Je eigen huis is het meest vertrouwd en daar wil je blijven zolang het kan. Dat kan vaak, met ondersteuning van de huisarts, de thuiszorg, familie en buren. Dat kan omdat mensen langer gezond en zelfredzaam blijven. Dat kan dankzij goede medicijnen en goede behandelingen. Dat kan dankzij innovatie.

Daar kunnen we nog veel meer gebruik van maken. Mensen bedenken soms allerlei karikaturen over technologie, bijvoorbeeld dat technologie kil en koud is. Uit onderzoek blijkt echter dat mensen zich veiliger voelen als zij kunnen beeldbellen met een zorgverlener. Ze hoeven het niet eens

te doen, maar het feit dat het kan, helpt al. Uit een pilot blijkt dat ouderen enthousiast zijn over een zorgrobot, want die geeft je vrijheid en privacy. Die komt niet in de plaats van thuiszorg, maar als waardevolle aanvulling op de thuiszorg, voor die andere uren van de dag. Ik ben blij dat ik, als het ooit nodig is, op afstand kan checken of mijn moeder wel haar medicijnen inneemt. Langsgaan en omzien naar elkaar laten zich niet vervangen, maar wel aanvullen door technologie.

Er zijn ontzettend veel mooie initiatieven die de zelfredzaamheid van mensen ondersteunen en die de zorg beter en goedkoper maken. Vaak blijven die mooie vondsten hangen in een pilot, of ze komen alleen lokaal van de grond. Dat heeft allerlei oorzaken: ICT-problemen voorop, maar ook koudwatervrees en onbekendheid bij zorgverleners en patiënten. Ook vragen en zorgen over informatie-uitwisseling, risico's en bekostiging zitten een echte doorbraak vaak in de weg. Ook wat dit betreft moeten we samen om de tafel, niet alleen met de creatievelingen en de knappe koppen, maar ook met patiënten en artsen, want die moeten het uiteindelijk gaan gebruiken. Ook juridische kennis, investeerders en verzekeraars zijn hierbij nodig. Zo kun je opschalen. Daarom zetten we in op een netwerk waarin al deze kennis aanwezig is en waarmee start-ups vanaf het begin hun voordeel kunnen doen.

Veel ouderen kunnen zich thuis goed redden. Dankzij innovatie zal dat nog beter lukken in de toekomst. Maar zij zijn wel kwetsbaar. Het is fragiel. Als er wat gebeurt, een valpartij bijvoorbeeld, dan komen die kwetsbare mensen in het ziekenhuis. Daar heeft de tijd ook niet stilgestaan. Dankzij medische innovatie en zorgverbetering zijn veel behandelingen veel minder ingrijpend. Daardoor kunnen mensen steeds sneller naar huis. In de jaren zeventig was de gemiddelde ligduur zestien dagen. Nu is dat nog iets meer dan vijf dagen. Bij geriatrie is de ligduur gedaald met een derde. Bij sommige knieoperaties is het sinds kort zelfs mogelijk dat je binnen een dag weer naar huis kunt. Dat is mooi, maar als je hoogbejaard bent, is een ziekenhuisopname niet niks. Dan is het echt nodig dat iemand thuis nog een oogje in het zeil houdt, en thuiszorg is dan meestal niet genoeg.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik wil even terugkomen op de inleiding van de minister. Zij zegt niet van de ideologie te zijn en dat we vooral niets aan het stelsel moeten veranderen omdat we praktisch moeten blijven. Het was echter wel de VVD die in 2006 zei dat het stelsel moest veranderen. Als er dan toenemende discussie is over de vraag of dit stelsel wel effectief en nuttig is en of het wel aan iedereen de zorg levert die wenselijk is, dan zegt de minister: laten we daar niet over discussiëren, want dat kost toch wel erg veel moeite en inspanning; laten we praktisch blijven. Dan komt ze vaak met rapporten van de Euro Health Consumer Index. Dat is een gesponsorde club die zelf ook niet helemaal instaat voor haar conclusies. Nu ligt er een rapport van de OESO.

De **voorzitter**:
Wat is uw vraag, mijnheer Van Gerven? Dit is wel een erg grote bijdrage.

De heer **Van Gerven** (SP):
Dat is om het een beetje te schetsen.

De **voorzitter**:
Dat hoeft geen vier minuten te duren.

De heer **Van Gerven** (SP):
Dit waren geen vier minuten; iets langer dan een halve minuut. Ik wil dus naar de OESO toe. Die heeft een rapport gepubliceerd over het zorgstelsel in Nederland. Die maakt zich ernstig zorgen over de ontwikkelingen.

De **voorzitter**:
Ik wil dat u een vraag gaat stellen.

De heer **Van Gerven** (SP):
Daar kom ik op, voorzitter.

De **voorzitter**:
Nu.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik had die vraag allang gesteld als u me niet steeds zo aanspoorde. De OESO zegt dat er sprake is van een oligopolie en dat het stelsel van de zorgverzekeraars heel veel negatieve effecten heeft. Zou de minister daar eens op in willen gaan? Als er ook kritiek komt van de OESO, is het dan niet wenselijk om toch eens alternatieven te onderzoeken?

Minister **Schippers**:
Het is niet iets van de afgelopen jaren. Voordat de Zorgverzekeringswet werd ingevoerd is er 30 jaar gediscussieerd over een zorgstelsel. Ieder zorgdebat ging altijd over de vraag of er een verplichte basisverzekering moest komen of dat iedereen particulier verzekerd moest worden of over de vraag of we juist moesten gaan werken met een vangnet. De vraag was vaak of we een armeluisverzekering zouden krijgen tegenover een rijk privaat systeem. Echt, vanaf het begin dat ik mij met de zorg heb beziggehouden, waren de discussies voornamelijk ideologisch. De Zorgverzekeringswet hebben wij nu tien jaar en al tien jaar lopen wij weer over systemen te discussiëren. Mijn conclusie is: laten wij daar een keer mee ophouden, want de patiënten en de mensen die in de zorg werken, hebben daar zo weinig aan. Laten wij dit gewoon praktisch bekijken. De een zegt dat je in dit systeem niet mag samenwerken, omdat er marktwerking is. De ander zegt dat er helemaal geen marktwerking is en dat je wel kunt samenwerken. Laten wij dus gewoon bekijken waar mensen tegenaan lopen en dat praktisch wegnemen. Dat is mijn oproep.

De heer Van Gerven is echt een kunstenaar in het selectief shoppen in onderzoeken. Tijdens het debat vorig jaar hebben wij vele onderzoeken gekregen van de SP die wij een voor een in de context moesten zetten. Met onderzoeken is het zo: je hebt voors en tegens. De OESO zegt dat er misschien meer dan vier verzekeraars zouden moeten zijn. De SP wil één verzekeraar. Dat is niet meer maar minder,

dus dan is helemaal niets meer te kiezen. Laten wij voorlopig dat pad niet opgaan en ons concentreren op de zaken waar de mensen in de praktijk tegenaan lopen.

De **voorzitter**:
Mijnheer Van Gerven, een korte vraag.

De heer **Van Gerven** (SP):
Het stelsel is gebaseerd op concurrentie. Het is net alsof de brandweerman, in dit geval minister, zelf de brand heeft aangestoken en dan zegt dat wij moeten bekijken of we er iets aan kunnen doen. Wij hebben dat stelsel nu al tien jaar. De VVD heeft tien jaar de kans gehad om het ...

De **voorzitter**:
Wat is uw vraag?

De heer **Van Gerven** (SP):
De OESO constateert dat dit het op een na duurste stelsel ter wereld is. Dat ligt toch echt aan dit stelsel. Het draagvlak in de samenleving neemt alleen maar af. Er is geen draagvlak voor concurrerende zorgverzekeraars. Wij krijgen straks weer het circus van reclamecampagnes, dat gevecht om de verzekerden. De mensen willen gewoon een organisatie die goede zorg levert en niet uit is op winstbejag of het zo goedkoop mogelijk wil maken.

De **voorzitter**:
Ik wil dat u een vraag stelt.

De heer **Van Gerven** (SP):
Mijn vraag is of de minister wil erkennen dat wat de SP voorstelt mogelijk is. Verder vraag ik haar om te erkennen dat het goed is om dat toch te onderzoeken, gezien het afnemende draagvlak in de samenleving voor dit stelsel.

Minister **Schippers**:
De plaats die wij op de lijst van de OESO innemen, is met name te danken aan de langdurige zorg. Dat kan de heer Van Gerven ook zien, want hij heeft dit alles goed bestudeerd. Als je alleen kijkt naar de curatieve zorg, doet Nederland het beter dan België, Frankrijk en Duitsland. Nederland neemt op dat vlak een middenpositie in. Qua resultaten en toegankelijkheid scoort Nederland altijd sky high en qua kosten heel gemiddeld; niet op nummer twee en dat komt door de langdurige zorg. De staatssecretaris heeft daar wat aan gedaan, overigens niet met volle steun van de SP. Als je de een na hoogste op de lijst bent, moet je daar wel wat aan doen. De langdurige zorg is de oorzaak. Mijnheer Van Gerven, wees daar eerlijk over in de inleiding op uw vraag.

De heer Van Gerven heeft het ook over het overstapcircus en het verliezen van draagvlak. De SP zegt steeds dat het meer dan een half miljard kost, maar het is bekend dat dat onjuist is. De SP rekent alles mee. Als ik mijn verzekeraar bel omdat ik een tekenbeet heb en hem vraag waar ik het beste heen kan voor de ziekte van Lyme, geleidt de verzekeraar mij door naar het beste ziekenhuis. Die kosten rekent de SP mee, maar dat is informatievoorziening over zorginhoud. Het feitelijke bedrag is nog niet een tiende van het bedrag dat de heer Van Gerven noemt. Als je het bedrag tien keer opblaast, krijg je natuurlijk geen draagvlak. Dat is inderdaad waar. Ik denk dat wij ermee moeten ophouden om wat er is tot een karikatuur te maken. Wij moeten bekijken welke kwaliteit van zorg dit systeem levert. Ik stel vast dat wij het dan echt heel goed doen. Zijn we er? Nee, helemaal niet, want er zijn heel veel dingen te verbeteren. Ik ben halverwege en ik heb nog geen opsomming gegeven, maar alles kan altijd beter. Laten wij ons focussen op de dingen waar patiënten tegenaan lopen of waarvan zorgverzekeraars zeggen: verander dat nou, bekijk dat nou eens praktisch. Dat traject hebben wij dit jaar ingezet en dat wil ik volgend jaar echt doorzetten.

Ik sprak onlangs met de nabestaanden van een hoogbejaarde mevrouw. Zij was 93. Het was een poosje de vraag hoelang ze nog thuis zou kunnen wonen. Ze struikelde over een tafeltje en kwam, een beetje in de war, in het ziekenhuis terecht. Medisch-specialistisch gezien kon er niet veel voor haar worden gedaan. Ook zij kon snel het ziekenhuis weer uit, maar de vraag was waar zij heen moest, want de buurvrouw was ook al 92. De aanvraag voor een kort verblijf in het verpleeghuis liep vast in het systeem. Intussen bleef deze mevrouw in het ziekenhuis liggen tot er een plekje was. Wij weten allemaal dat je van in het ziekenhuis liggen niet beter wordt, maar slechter. Die mevrouw had natuurlijk tijdelijke opvang nodig gericht op herstel en terugkeer naar zelfstandigheid. Die is er ook, want op veel plekken zie je allerlei varianten van eerstelijnsbedden, soms bij de huisartsen, soms bij de ziekenhuizen, soms bij de verpleeg- of verzorgingshuizen. Er zijn speciale zorghotels en logeerhuizen voor mensen als deze mevrouw en vele anderen. Maar zij werd van het kastje naar de muur gestuurd. Gelukkig kwam ze uiteindelijk terecht in een verzorgingstehuis, waar ze nog een goede tijd heeft gehad voordat ze overleed.

Met alle goede wil die er vrijwel altijd is, zie je dat mensen elkaar toch niet weten te vinden. Dat er heel veel kennis is over kwetsbare ouderen maar dat die niet wordt benut. Dat mensen denken dat dingen niet mogen terwijl ze wel mogen. Dat er niet betaald wordt door de verzekeraar terwijl het wel kan. Dat we de mogelijkheden die we hebben niet gebruiken. Ook hiervoor hoeven er geen nieuwe stelsels en geen nieuwe regels te komen. Daar zijn patiënten niet mee geholpen. Wel moeten we zorgen dat mensen elkaar weten te vinden en dat we alles aan elkaar knopen. Dat zie ik als een heel praktische opdracht. Daarom gaat een groep mensen van VWS aan de slag met dit soort problemen. Ik noem het maar even een praktijkteam. Het gaat om mensen met verstand van de Wet langdurige zorg, mensen die alles weten van de Zorgverzekeringswet, van de Wmo, van samenwerking en van mededinging. Want er kan veel meer dan gedacht wordt. Ook zitten er mensen tussen met deskundigheid op het gebied van de eerste lijn, de wijkverpleegkunde, de sociale wijkteams, met financiële en juridische kennis. Deze mensen weten dat als iets in een bepaalde regio speelt, dat in een andere regio ook speelde en men het daar prima heeft weten op te lossen. Dat praktijkteam wordt nu samengesteld en zal aan het eind van het jaar operationeel zijn.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Volgens mij is dit een heel goede werkwijze; heel praktisch. Gaat dit praktijkteam ook kijken naar de problematiek van de verkeerde bedden?

Minister **Schippers**:
Ja. Via trajecten die we doorlopen, zijn we erachter gekomen dat in meerdere regio's met name de ouderen te lang in ziekenhuizen liggen. Zij liggen dan dus in een verkeerd bed en zouden eigenlijk naar een eerstelijnsbed moeten. Dat is de eerste opdracht waar men in die regio's mee gaat starten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Dit is een heel goed begin van de beantwoording van de minister; dank daarvoor. Richt men zich alleen op ouderen, of gaat het ook om verwarde mensen of mensen die om een andere reden kwetsbaar zijn en met verschillende betaaltitels te maken hebben?

Minister **Schippers**:
Wij zijn een kafkatraject gestart, waarbij men in een ziekenhuis met een patiënt meegaat om te kijken waar iemand tegen aanloopt. Daar kwam dit uit. Toen hebben we een sessie gedaan, een soort nabespreking, over de vraag hoe dat kan. De transferverpleegkundige is met de spoedeisende hulp, de verzekeraar en het CIZ in gesprek gegaan. Iedereen heeft daarbij zijn bijdrage geleverd. Daarbij was te zien dat men elkaar slecht weet te vinden en dat men denkt dat dingen niet mogen door regels of omdat ze niet betaald kunnen worden. Ik wil er daarom heel praktisch mee starten. Dit was een voorbeeld uit de Zaanstreek, maar ik kan mij voorstellen dat men in een andere regio zegt: wij hebben dit probleem niet, maar hier hebben wij een ander probleem; team, kom eens kijken. Alle kennis is in dat team aanwezig. Wij willen als een soort vliegende keep — ik weet niet hoe ik het moet noemen en noem het maar een praktijkteam — dingen lostrekken als die in een regio vastzitten. Een ander goed voorbeeld is Zeeland. Ik heb daar iedereen rond de tafel geroepen. De zorgverzekeraar heeft daar van alle mensen die aan tafel zaten de opdracht gekregen om een traject te starten. Nu is er onder leiding van oud-collega Eke van der Veen een team aan de gang om te bekijken hoe in Zeeland de zorg zo kan worden ingeregeld dat die ook voor de toekomst, met de vergrijzing, gewaarborgd is. Dat is een heel andere opdracht, maar er zit hetzelfde idee achter. Het is voor mij dus niet gebonden aan een onderwerp.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Voorzitter?

De **voorzitter**:
Nee, we doen het in tweeën, mevrouw Bouwmeester, zoals altijd.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ik vroeg me zo af wie de regie dan heeft en waar mensen zich kunnen melden.

De **voorzitter**:
Ik snap dat u zich dat afvraagt, maar we doen de vragen in tweeën. De minister beantwoordt deze vraag dus niet en gaat gewoon verder met haar betoog. Gaat u uw gang.

Minister **Schippers**:
Het praktijkteam wordt operationeel en gaat aan de slag op verzoek van mensen in de regio die aangeven ergens tegen aan te lopen. Het team bestaat gewoon uit mensen van VWS. Er zijn dus geen extra kosten, extra optuiging en extra adviesbureaus. Het is gewoon van onszelf.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
In aanvulling op de vraag van mevrouw Bouwmeester, is mijn vraag of de minister kan aangeven wie dan de regie heeft en waar mensen zich kunnen melden.

Minister **Schippers**:
Dan heb ik, ondanks dat het niet mocht, toch gezegd. VWS bemenst het team zelf. Het gaat dus niet om externe bureaus maar om mensen van onszelf en ook kennis van onszelf. Als een regio ergens tegen aanloopt, kan zij zich bij ons melden. Het kan zijn dat een ziekenhuis, een verzekeraar of een thuiszorginstelling aangeeft dat iets niet lukt. In dit geval ging het om het Kafka-traject. Iedereen moet zijn eigen verantwoordelijkheid nemen, maar wij organiseren dan het proces.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Dank u wel, voorzitter.

Minister **Schippers**:
Voorzitter. De veranderingen in de zorg gaan razendsnel. Zelfs sommige kankerbehandelingen kunnen nu thuis worden gegeven. Er zijn alternatieven voor de hartklepvervanging waardoor mensen geen ingrijpende operatie meer behoeven te ondergaan. Er kan steeds meer. Ook de veranderingen in de samenleving gaan razendsnel. Er zijn niet alleen meer ouderen en chronisch zieken, maar mensen zijn ook veel mondiger. Mensen verlangen meer van de zorg en vaak terecht; zelf de touwtjes in handen houden, ook als je ziek bent. Meebeslissen, weten wat je opties zijn. Het verandert allemaal en patiënten zijn de drijvende kracht achter die verandering. Dat vraagt ontzettend veel van de zorg en het is goed om ook dat vandaag met elkaar te onderkennen. Er wordt meer samengewerkt dan ooit, hetgeen ook belangrijk is om te markeren. De zorg is volop in beweging. Er wordt veel meer gedacht in netwerken en samenwerken, ook met de patiënt. Deze samenhang zie je ook heel duidelijk bij het onderdeel van de zorg dat gaat over samen beslissen. Samen beslissen is cruciaal. Het is niet meer dan normaal dat je samen beslist. Het gaat tenslotte over je eigen lijf. Dus mag je dan zelf ook zeggenschap hebben over wat er met jouw lijf gebeurt, over wat een bijwerking is? Als ik houd van heel veel muziek luisteren en een bijwerking is dat ik mijn gehoor verlies, dan kies ik misschien wel voor een andere behandeling. Het is cruciaal wat voor leven mensen leiden, wat hun hobby's zijn en wat voor werk ze doen.

Onze inspanningen zijn dus ook gericht op het samen beslissen. Uit onderzoek blijkt ook dat mensen dan medisch gezien veel betere keuzes maken, zich beter houden aan het behandeladvies. Dat is goed voor de kwaliteit van zorg en voor de betaalbaarheid. Een betere positie voor de patiënt is de kern van de agenda in 2015 en zal dat in 2016 ook zijn. Mensen moeten meer kennis hebben. Welke instelling is voor mij het beste? Welke arts? Wat zijn mijn behandelopties? Ook dat moet je praktisch aanvliegen. Mensen vragen soms: wat is het streefgetal voor de kwaliteitsindicatoren die bij het Kwaliteitsinstituut worden ingeschreven in het jaar van de transparantie? Dat is niet de goede benadering. Daar hebben we in het verleden al veel leergeld voor betaald, want als je streeft naar meer, dan krijg je ook meer, totdat je door de bomen het bos niet meer ziet. En daar schieten patiënten niets mee op. Daarom heb ik niet gekozen voor een aantal indicatoren maar voor een aantal aandoeningen. Het gaat dan om de 30 meest voorkomende aandoeningen, zoals borstkanker, darmkanker en chronisch nierfalen. Daarbij willen we alleen die indicatoren die echt iets zeggen over kwaliteit, niet erbovenop maar in plaats van. Het is dus ook zaak om op te ruimen en op te schonen.

Dan kom ik op het hoofdstuk financiering. Natuurlijk kost de zorg geld, heel veel geld. Dat brengen we samen op, naar inkomen, want we hebben de inkomensafhankelijke bijdrage en zorgtoeslag. De gebruiker betaalt maximaal €385 in 2016. Het systeem is zo ingericht dat we macro de kosten zo veel mogelijk in de hand houden zodat de premie betaalbaar blijft en de eigen betalingen niet te hoog oplopen. Nederland heeft ten opzichte van andere ontwikkelde landen relatief hoge zorguitgaven maar dat komt vooral door de hoge uitgaven voor de langdurige zorg. Als we alleen kijken naar de curatieve zorg, dan zien de statistieken van de OESO er heel anders uit; Nederland neemt dan een middenpositie in en doet het beter dan Duitsland, Frankrijk en België. We moeten blijven letten op de kosten, want het is geweldig dat er steeds meer kan in de zorg maar als we dat niet kunnen betalen, dan houdt het gewoon op. Dan kunnen we mensen die innovatieve medicijnen niet geven. Dan is er geen geld voor nieuwe behandelingen tegen kanker die op het individu zijn toegesneden met meer kans op succes en minder bijwerkingen. Ja, voorzitter, ik ben het dus van harte eens met mevrouw Dijkstra dat we gebruik moeten maken van innovatieve diagnostiek, dat we behandelingen gericht kunnen inzetten bij mensen voor wie het echt werkt. In deze diagnostiek zie je verschillende, ontzettend veelbelovende ontwikkelingen. Ik kom daar voor het eind van dit jaar expliciet op terug bij de geneesmiddelenvisie, waarin dit een prominente plaats inneemt. Door deze ontwikkelingen zullen we patiënten alleen nog die geneesmiddelen geven als ze echt werken. Dat is een gigantisch voordeel voor de patiënt, want heel veel patiënten slikken nu medicijnen die gewoon niet werken maar hebben wel de bijwerking daarvan. Dus dat zal een enorme betekenis hebben voor de kwaliteit van leven van deze mensen. Gepast gebruik, wat ook weer kosten bespaart.

De heer **Van Gerven** (SP):
De minister begon over de betaalbaarheid van de zorg. Ze zegt: het is geweldig; ik vat het maar even zo in mijn woorden samen. Maar hoe kan het dan dat jaar op jaar het aantal mensen dat de premie niet kan betalen toeneemt en nu is gestegen tot 333.000? Hoe kan het dan dat meer dan 800.000 mensen een betalingsregeling moeten treffen om de premies te kunnen betalen? Moeten dan niet toch stappen worden gezet om dat te veranderen? Wil de minister ook ingaan op haar uitspraak, die ik in herinnering breng, dat het eigenlijk gaat om de inhoud van de zorg en dat het geld dat daarvoor nodig is, moet worden bijgepast? De vraag is of dat met het huidige stelsel, dat de minister zo verdedigt, wel gebeurt.

Minister **Schippers**:
Ik wilde daar nu op komen. Als ik dat doe, kunt u naar aanleiding daarvan uw vraag stellen.

De **voorzitter**:
Laten het zo afspreken, we laten de minister aan het woord en als zij klaar is met dit stukje, kan de heer Van Gerven daarop terugkomen.

Minister **Schippers**:
De heer Van Gerven refereerde eraan dat ik zei: de inhoud staat voorop en het geld moet daar altijd bij komen, maar betaalbaarheid is in mijn ogen geen leuk bijverschijnsel. Betaalbaarheid is geen ideologie, het is echt een voorwaarde voor de zorg. Omdat wij een solidair stelsel hebben is er voor de laagste inkomens de zorgtoeslag. Gemiddeld betalen de mensen met een minimuminkomen daardoor nog geen €40 premie per maand. Dat is inclusief het gemiddeld eigen risico. Dat is minder dan de laagste inkomens tien jaar geleden aan het ziekenfonds betaalden. We hebben op lokaal niveau ook regelingen voor mensen met een laag inkomen. We hebben de compensatieregeling eigen risico en de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten gedecentraliseerd. Daarvoor is dit jaar 216 miljoen euro naar het Gemeentefonds gegaan. Dat loopt op tot 268 miljoen euro structureel vanaf 2017. Gemeenten mogen dit naar eigen inzicht besteden, bijvoorbeeld aan een bijdrage in de premie van mensen die deelnemen aan een gemeentecollectiviteit. In bijna de helft van de gevallen bevat zo'n gemeentepolis een betalingsregeling voor het eigen risico of een herverzekering van dat eigen risico. Daarnaast kunnen gemeenten bij schrijnende gevallen ook nog maatwerk bieden. Toch zijn er mensen die de premie niet betalen of die zeggen dat ze niet naar de dokter gaan vanwege het eigen risico. Moeten we dan nog meer regelingen in het leven roepen? Dat is eigenlijk de vraag die de heer Van Gerven stelt. Ik denk dat het zinvoller is om te kijken wie die mensen zijn en hoe we hen de weg kunnen wijzen naar wat er al is.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Misschien gaat de minister nu zeggen waar ik naar wil vragen. Ik heb gevraagd om een soort bewustwordingscampagne omdat mensen heel vaak helemaal niet weten hoe dit allemaal zit en waar zij recht op hebben. Dat is mijn vraag aan de minister.

Minister **Schippers**:
Daar kwam ik op, maar ik zal het meteen ook even tegen u zeggen. Een heel belangrijke groep noemen wij de jongvolwassenen. Ik vind dat echt idioot, want die groep loopt van 18 tot 35 jaar. Ik vind iemand van 35 niet echt jongvolwassen, maar misschien beledig ik nu mensen. In die groep zie

je relatief veel wanbetalers. Dat zijn vaak mensen met schulden, door een mobiele telefoon of door stapeling van problemen die men ook op andere terreinen in het leven tegenkomt. Die mensen bereik je dus niet met een folder, die bereik je ook niet met een Radio 1-campagne, want zij luisteren niet naar Radio 1. En dus gaan wij die groepen waarin dat veel voorkomt, veel gerichter benaderen. Waar hebben zij contact? Dat is via social media, dat is via YouTube. Daarnaast zien wij die opeenstapeling in bepaalde wijken. Dan gaan wij gewoon die wijken in, met kraampjes. Wij vragen de zorginstellingen in de omgeving om hun boodschap naar voren te brengen, maar wij zullen daar dan ook zijn om te vertellen hoe het in elkaar zit en waar mensen daadwerkelijk hulp kunnen vinden. Sommige mensen lezen moeilijker en begrijpen het veel beter in een vraag- en antwoordgesprek. Tot slot zullen wij in het kader van tien jaar Zorgverzekeringswet algemene informatiecampagnes verzorgen gericht op de hele bevolking. Wij doen het dus per doelgroep, maar wij doen het ook voor de hele bevolking. Hoe zit het in elkaar? Nee, er is geen eigen risico voor de huisarts. Dat soort informatie zullen wij ook dit jaar intensief gaan verzorgen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Ik neem aan dat daarin ook duidelijk wordt gemaakt hoe het zit met het basispakket en het aanvullende pakket. Enerzijds is dat natuurlijk een taak voor de zorgverzekeraars, maar anderzijds moeten zij ook aangeven dat zij niet bepalen wat in het basispakket zit. Dat weten mensen helemaal niet. Ik zou het dus heel breed willen opvatten.

Minister **Schippers**:
Ja, die campagne voor de doelgroepen wordt echt gericht op de problemen in die groepen. Ik ben nog vergeten te zeggen dat wij ook de sociale wijkteams zullen inschakelen. Zij moeten bij mensen thuis veel meer informatie op maat kunnen geven. In zijn algemeenheid zullen wij zo algemeen mogelijk de basics toelichten.

De heer **Van Gerven** (SP):
De minister heeft een aantal maatregelen genoemd die zij neemt om de premies voor de mensen betaalbaar te houden. Maar hoe kan het dan dat de afgelopen tien jaar het aantal mensen met betalingsproblemen is verdubbeld, zoals blijkt uit cijfers van het ministerie? De minister zegt dat de zorgtoeslag er voor de minima is, maar de middeninkomens betalen de hoofdprijs. Voor hen is er geen zorgtoeslag. Kan de minister ook ingaan op het feit dat het aantal aanspraken is teruggelopen? Er wordt minder aanspraak gedaan op fysiotherapie, op ggz en op tandzorg. Daarvoor moeten mensen zich aanvullend verzekeren en die premies zijn met 40% gestegen. Om een volwaardig pakket te hebben, moet je je daarvoor aanvullend verzekeren en dan betaal je echt de hoofdprijs. Dat is ook een reden waarom het niet betaalbaar is en een reden voor ons voorstel om het eigen risico te halveren. Kan de minister daarop ingaan?

Minister **Schippers**:
Het aantal aanspraken is niet gedaald, maar fors gestegen. Jaren geleden zijn een aantal dingen uit het pakket gehaald, maar de afgelopen jaren is dat niet gebeurd. Iedere maand komen er nieuwe medicijnen en behandelingen in het pakket. Ik teken daar echt heel frequent voor. De innovatie die doorgaat, zorgt dat het pakket up-to-date blijft, zodat iedereen daar gebruik van kan maken en het niet apart wordt gezet in een private verzekering. Het aantal aanspraken is dus alleen maar gegroeid. De vraag is ook alleen maar gegroeid. Wij hebben een vergrijzende samenleving. Het aantal 80-jarigen is over de afgelopen drie decennia verdubbeld. Wij zien dat er steeds meer mensen gebruikmaken van de zorg en toch weten wij de stijging heel beperkt te houden. Natuurlijk is het aantal wanbetalers altijd te hoog. De heer Van Gerven zegt dat het aantal wanbetalers in tien jaar is verdubbeld, maar het aantal verzekerden is ook veel groter. Eerder werd natuurlijk alleen gemeten voor het ziekenfonds, want privaat hoefde je je helemaal niet te verzekeren. Die hele groep mensen zat dus helemaal niet in de cijfers, maar is er langzaam wel ingegroeid, omdat inmiddels de hele bevolking via deze wet verzekerd is. Qua percentage is het aantal wanbetalers gelijk gebleven, maar het blijven er veel te veel. Om die reden heb ik een wet gemaakt, die nu in de Eerste Kamer ligt, om te voorkomen dat mensen wanbetaler worden. Daar heb ik een rits van maatregelen op genomen. Ja, de premie stijgt van jaar tot jaar. Dat komt doordat wij niet bezuinigen op de zorg, terwijl de zorgkosten nog steeds groeien. De zorgkosten worden betaald uit premies, dus groeien de premies. Daar heeft de heer Van Gerven gelijk in. Wij weten de laagste inkomens te ontzien door maatregelen waardoor ze eigenlijk zelfs minder betalen dan tien jaar geleden aan het ziekenfonds. De middengroepen hebben hun zorgpremie wel zien stijgen, maar doordat wij steeds maatregelen nemen, overigens vaak niet met steun van de SP, om de zorg betaalbaar te houden, betalen de middeninkomens uiteindelijk een heel redelijke premie voor wat ze er daadwerkelijk voor krijgen.

De heer **Van Gerven** (SP):
De middeninkomens betalen de hoofdprijs in dit stelsel, want die krijgen geen zorgtoeslag. Het zou de minister sieren als zij erkent dat uit haar eigen cijfers blijkt dat het aantal mensen dat problemen heeft met het betalen van de zorgpremie, nagenoeg meer dan verdubbeld is naar 8,7%. Ik zeg het uit mijn hoofd, maar dat zijn wel de eigen cijfers van de minister. De zogenoemde wanbetalersgroep — die term is eigenlijk niet correct want daarin zitten heel veel mensen die het gewoon niet kunnen betalen — bestaat uit 333.000 mensen, maar er zijn er nog veel meer. Waarom erkent de minister dat niet? De minister zegt dat zij het er niet over wil hebben, maar los van alle ideologie moet zij toch ook erkennen dat meer dan een miljoen mensen een reëel betalingsprobleem hebben. Wat gaat zij daar dan aan doen? Ik vraag dat, omdat zij niet ingaat op de voorstellen van de SP om het eigen risico te halveren en af te schaffen of om over te gaan op inkomensafhankelijke premies. Dat wil zij om wat voor reden dan ook niet, ook al zou het heel sociaal en solidair zijn. Wat stelt de minister dan voor?

Minister **Schippers**:
Zorg kost geld. Dat is een bepaald bedrag. Het wordt nu betaald uit premies en voor een deel uit het eigen risico. U kunt zeggen "we maken het makkelijk voor mensen door het eigen risico half of helemaal af te schaffen" maar dan zijn die kosten nog niet weg. Die komen gewoon boven op de premie die iedere maand opgebracht moet worden. Als je de zorg financiert via de belastingen, verdwijnen die kosten natuurlijk niet. Die belastingen moeten gewoon worden opgebracht door diezelfde mensen. Wat ze eerst

via hun premie betaalden, betalen ze dan via hun belastingen. Ik heb uw plannen natuurlijk heel goed bekeken en ook de werkgelegenheidseffecten ervan. Desastreus! Mensen die werken, betalen dan belastingen en premies om het voor anderen betaalbaar te houden. Maar die SP-plannen leiden echt tot een enorme knauw in de werkgelegenheid. Het is echt heel erg onverstandig om het zo te doen, omdat we te maken hebben met een vergrijzende samenleving.

Ja, het aantal wanbetalers is gegroeid. Maak ik me daar zorgen over? Ja. Ik zeg alleen wel dat het percentage gelijk is aan dat ten tijde van het ziekenfonds. Dat hebt u ook kunnen zien. De afgelopen jaren hebben we een ingroeisysteem gehad omdat de hele particuliere markt erbij kwam. Ja, er is een probleem. Was dat er niet, dan kwam ik niet met een wet. Die wet heb ik door de Tweede Kamer geloodst en die ligt nu voor in de Eerste Kamer. Daarin zit een heel pakket maatregelen om het aantal wanbetalers naar beneden te brengen. Ik vind dat het er te veel zijn en daarom zet ik in op de verlaging van het aantal wanbetalers, maar daardoor nemen de kosten natuurlijk nog niet af. De kosten moeten gewoon worden opgebracht.

De heer **Krol** (50PLUS):
Ik maak me vooral druk over de verhoging van het eigen risico. De afgelopen vijf jaar is dat meer dan verdubbeld, van €165 in 2010 naar €385 in 2016. Ik wil graag weten of de minister zich daar ook zorgen over maakt.

Minister **Schippers**:
Dat zijn politieke beslissingen. In het lenteakkoord, waarvan u vast ook op de hoogte bent, is het eigen risico met €115 verhoogd. In de zorgtoeslag is dat vervolgens overigens wel geheel gecompenseerd voor de laagste inkomens. Daarna hebben we geen aparte verhogingen van het eigen risico meer gehad. We hebben alleen te maken gehad met indexaties. Dat staat namelijk zo in de wet. De toeslagen worden geïndexeerd en dus ook zaken als het eigen risico. Maar ook die indexatie wordt in de zorgtoeslag gedeeltelijk verdisconteerd. De indexatie van een tientje wordt dus voor de laagste inkomens gecompenseerd in de zorgtoeslag. Daarmee poets ik niet weg dat je dat eigen risico geheel moet dragen als je geen zorgtoeslag krijgt. Dat is waar.

De heer **Krol** (50PLUS):
Misschien kan de minister iets van de onrust bij mensen wegnemen. We hebben nu gezien wat het de afgelopen vijf jaar extra is gaan kosten. Durft zij te voorspellen wat het eigen risico over vijf jaar kost?

Minister **Schippers**:
De afgelopen jaren hebben we het geïndexeerd, wat betekent dat we het mee laten lopen met de loon- en prijsbijstellingen en de kosten van de zorg. Dat zijn de elementen waarmee het eigen risico wordt berekend. Zo doen we dat overigens met een heleboel overheidsregelingen. Zo wordt ook de kinderbijslag jaarlijks geïndexeerd. Wij hebben de afgelopen jaren geen politiek besluit genomen om een groter deel van de premie te drukken door dat deel in het eigen risico onder te brengen. Dat hebben wij niet gedaan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
De minister maakt duidelijk dat zij nu niet wil sleutelen aan het eigen risico. Zij is wel tevreden over de manier waarop het nu gaat. Daarover verschillen wij dan van mening. De minister schrijft in haar beantwoording dat zij verwacht dat er veel minder geld binnenkomt als je gaat werken volgens het systeem dat ik gisteren namens het CDA voorgesteld, namelijk om te werken met steeds stapjes van €75. In haar antwoorden staat dat het een beredeneerde inschatting is. Dat wil zeggen dat de ambtenaren van de minister goed hebben nagedacht wat ongeveer de gedragseffecten zouden kunnen zijn. Is de minister ook bereid om een exacte berekening te maken, om te zien of wat zij nu op basis van aannames beredeneerd heeft, daadwerkelijk klopt? Ziet zij daartoe mogelijkheden?

Minister **Schippers**:
Je zult altijd een beredeneerde inschatting hebben omdat wij dit niet hebben ingevoerd. Je weet pas wat de echte effecten zijn als je het invoert. De effecten die wij nu zien, lopen echter op tot bijna 1 miljard. Je loopt dus 1 miljard euro mis als je overgaat op die €75 met een maximum van €375, zoals u gisteren hebt voorgesteld. Dat is een enorm gat. Dit zal altijd een inschatting zijn, ook als ik het aan het CPB vraag. Dan zal het misschien preciezer zijn omdat er langer aan gerekend wordt, maar het zal altijd een inschatting zijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik ben mij ervan bewust dat het altijd een inschatting is, maar zoals ik het antwoord begrijp, heeft men het nu gewoon beredeneerd en niet zozeer berekend. Ik ben benieuwd wat er uit zo'n exacte berekening komt, want dan kunnen wij op basis van die financiële informatie goed de discussie met elkaar vervolgen.

Minister **Schippers**:
Het is wel berekend, maar het is natuurlijk berekend in een nacht. U zegt dat ik tevreden ben met het huidige eigen risico, maar ik was eigenlijk meer tevreden met de no-claim. Die is helaas door de Kamer afgeschaft. Het mooie van de no-claim vond ik dat het nooit een drempel voor mensen was om zorg te gebruiken. Maar goed, die is dus door de Kamer afgeschaft. Ik ben best bereid om verschillende varianten te berekenen, maar ik krijg net een kaartje waarop staat dat dit al is gebeurd in Zorgkeuzes in Kaart. Laten wij even bekijken wat daarin precies is uitgerekend. Als het al is uitgerekend, is wat u wilt al gebeurd. Als het niet is gebeurd, vind ik het prima om het CPB te vragen om verschillende varianten uit te rekenen, omdat wij allemaal altijd worstelen met de manier waarop wij dit het beste kunnen inrichten.

De **voorzitter**:
Misschien kunt u in tweede termijn even laten weten of dat al gebeurd is.

Minister **Schippers**:
Dan kijk ik even of dat gedaan is of niet. Het is ook altijd een beredeneerde inschatting door het CPB, maar ik laat de Kamer weten of het gedaan is of niet.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Gaat u verder.

Minister **Schippers**:
Er zijn verschillende vragen gesteld over preventie. Voorkomen is beter dan genezen. Die tegeltjeswijsheid gaat gewoon op voor iedereen, maar die opdracht is groter dan wat de overheid alleen kan vervullen. Dit gaat iedereen aan. Daarom hebben wij het nationale preventieprogramma Alles is gezondheid. Een goede zorgverlener zal altijd informatie geven over preventie. Als iemand met brandend maagzuur en een hoog cholesterolgehalte bij de huisarts zit, kan die wel een pilletje geven om de cholesterol naar beneden te brengen en het maagzuur te remmen, maar zal die het ook moeten hebben over stoppen met roken, een beetje meer bewegen en gezonder eten. Dat is mijn probleem met die 1%. Die 1% is wat je expliciet aan preventieacties doet, wat je uitgezuiverd hebt, maar in de hele zorg zit natuurlijk verweven dat er bij de behandeling voortdurend interactie is tussen de arts en de patiënt. De arts moet zeggen: als jij ergens minder last van wilt hebben, moet je zus of zo doen. Een fysiotherapeut stuurt je naar huis met een programma om te gymmen. Als je je oefeningen doet, ben je sneller klaar en voel je je sneller weer fit. Die preventie zit helemaal in onze zorg verweven. Zo hoort het ook.

In het rapport van de adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen neemt preventie een enorme plaats in. Dat rapport gaat over de zorg zoals wij die in de toekomst het beste kunnen organiseren, dus niet over zorg die bedacht is door de aanbiederskant. In dat rapport is echt bekeken wat de patiënt in 2030 nodig heeft en hoe wij de zorg zo kunnen inrichten dat de patiënt dat krijgt. Daarin is een enorm grote plaats voor preventie. De gedachte van het beleid dat nu wordt gevoerd, is dat wij de gezonde keuze zo makkelijk mogelijk maken. Ook daarbij biedt technologie ons heel veel kansen. Je kunt wel van alles in een foldertje zetten, maar apps en leuke games spreken mensen veel meer aan. De gamesindustrie kan van grote betekenis zijn, ook bij preventie, maar preventie is nog veel breder. Het gaat ook om je leefomgeving, goede fietsroutes met brede fietspaden bijvoorbeeld, want dan neem je de fiets naar je werk. Dan durf je je kind op het fietsje naar school te laten gaan. Het is niet voor niets dat Nederlanders veel fietsen. Probeer dat maar eens in New Delhi. Ik heb dat geprobeerd. Dan zie je dat dat niet echt uitnodigt. Dat is het tegenovergestelde van preventie.

Je hebt een werkplek. Tegenwoordig heb ik hem ook: de bureaufiets, om niet stil te zitten, maar ook tijdens het werk niet voortdurend statisch te zijn.

In openbare gebouwen en kantoren is architectuur ook heel belangrijk voor preventie. De liften liggen altijd in de looproute en de trap moet je zoeken. We moeten dat omdraaien: de trap moet in de looproute liggen en de liften zou je moeten zoeken. In mijn ogen en die van het kabinet is het een veel te nauwe visie dat preventie alleen van de zorg is en dat we het met een fondsje gaan oplossen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Dit is een mooi punt om toch nog even door te vragen, hoewel het nadeel is dat als je wat langer wacht, dat ook meer vragen oproept. De minister geeft aan dat het veel breder is en dat bijvoorbeeld ook te maken heeft met hoe je architectuur is ingericht. Wat gaat deze minister daaraan doen? Gaat zij bijvoorbeeld met haar collega voor Wonen en Rijksdienst bespreken of bouwverordeningen moeten worden aangepast dan wel of er iets moet gebeuren met de wetgeving daarover? Dat wil ik graag weten.

Mijn interruptie ging aanvankelijk over het preventiefonds. Ik zie ook dat verzekeraars op dit moment niet worden gestimuleerd om te investeren in preventie. Natuurlijk zit preventie op allerlei terreinen, maar volgens mij wordt er nu te weinig specifiek geïnvesteerd in preventie. Zo'n fonds zou daarbij helpen. Is de minister bereid om te bekijken wat verzekeraars nu belemmert om te investeren in preventie? Als het op een andere manier kan dan via een fonds, vind ik dat ook prima.

Minister **Schippers**:
Een heleboel dingen hebben invloed op of je lekker in je vel zit en of je gezond bent en blijft. Voedsel is een heel belangrijke. Het programma Alles is gezondheid zet dus niet in op één deel. Het is niet alleen van VWS, maar het is kabinetsbreed, dus ook Landbouw, ook I en M en ook Sociale Zaken, omdat je op je werk ook van alles aan beweging en gezondheid kunt doen. Het is een kabinetsbreed programma, waarbij wij allerlei maatschappelijke organisaties hebben geprikkeld om hun zegje te doen. Een van de ambassadeurs, een heel bekende architect, geeft bijvoorbeeld aan wat er in gebouwen mis is, waardoor mensen veel te weinig bewegen. Wij proberen via dat programma het niet te vernauwen, maar juist te verbreden.

Ik vind het overigens een non-argument dat verzekeraars niet worden gestimuleerd om te investeren in preventie. 94% van de verzekerden stapt niet over, dus investeren loont zeker voor een verzekeraar. Wij hebben de Kamer toegezegd om onderzoek te doen naar betaaltitels in het systeem, dus niet alleen in de Zvw, maar overal. Hoe zou je dat voor preventie kunnen doen? Dat was een motie van mevrouw Wolbert. Zoals ik ook in de antwoorden heb aangegeven, komen wij met een resultaat. Dan kunnen wij door discussiëren over de financiering.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
De minister kan het een non-argument vinden waarom verzekeraars niet willen investeren in preventie, maar het is een feit dat het nu niet gebeurt. Ik zoek naar mogelijkheden om hen te stimuleren dat wel te doen. Ik herhaal daarom mijn vraag. Wat wil de minister daaraan doen? Hoe zorgt zij ervoor dat verzekeraars wel investeren in preventie? Misschien heeft zij het al gezegd, maar dan hoor ik het graag nog eens. Wanneer kunnen wij het plan Alles is gezondheid verwachten?

Minister **Schippers**:
Het plan Alles is gezondheid loopt. Begin volgend jaar komen wij met een voortgangsbrief naar de Kamer. Wat de verzekeraars betreft, is er wel wat gebeurd. Precompetitief heeft men de handen ineengeslagen op diabetes, niet alleen de verzekeraars, maar ook de artsenorganisatie en de patiëntenorganisatie, dus iedereen die erbij betrokken is. Ik vind dat een ontzettend mooie ontwikkeling. Men is begonnen met diabetes en wil vervolgens andere chroni-

sche ziekten daaraan toevoegen. Ik vind dat heel belangrijk. Verder worden de mogelijkheden voor betaaltitels onderzocht. Die nota komt in januari. Naar aanleiding daarvan kunnen we dan bezien of er nog stappen zijn te zetten om een en ander te verbeteren.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
De minister schetst een heel mooi beeld van het belang van preventie. Ze schrijft in het antwoord op de vragen dat preventie een belangrijk speerpunt van beleid is. Een beetje tegenstrijdig daaraan vind ik dat het volgens haar primair een zaak van de burger zelf is. Los daarvan: de minister wijst ook op succesvolle initiatieven waarop ze wil inzetten. Wat mij betreft is een van die succesvolle initiatieven De Gezonde School. Krijgt dat initiatief de komende jaren de gelegenheid om verder te worden uitgerold? Misschien moet ik die vraag overigens aan de staatssecretaris stellen.

Minister **Schippers**:
Ja.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Dan hoor ik dat straks graag van hem en laat ik het hierbij.

Minister **Schippers**:
Wij doen het samen, dus als het goed is gaat hij daarop in. Ik heb de burger er expres ingezet, omdat iemand zelf bepaalt of hij beweegt en wat hij in zijn mond steekt. Ik vind het wel een speerpunt van beleid om iemand te verleiden om veel gezonder te gaan leven. Beide kunnen dus waar zijn: het zijn primair de mensen zelf die het bepalen, maar wij doen er alles aan om de omgeving zo te maken dat een keuze voor gezond leven een makkelijke keuze is.

Zoals gezegd gaat de staatssecretaris in op De Gezonde School.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Die vraag bewaar ik nog even voor de staatssecretaris.

De **voorzitter**:
Prima. Mijnheer Krol.

De heer **Krol** (50PLUS):
De minister zegt dat een preventieprogramma voor ouderen in haar ogen niet opportuun is. Wij vinden ook niet dat er niets gebeurt. Maar de overheid geeft zelf op de site toe dat het allemaal erg versnipperd is. Dan kun je het allemaal wel doorschuiven naar de gemeenten, maar het zou veel beter gecoördineerd moeten worden. Die taak zou de overheid toch wel op zich kunnen nemen?

Minister **Schippers**:
Eens in de vier jaar verschijnt er een landelijke preventienota, die door gemeenten wordt vertaald in gemeentelijk beleid. Overigens zie ik ten aanzien van ouderen geweldige dingen en u waarschijnlijk ook, dingen die niet alleen heel gezond zijn, maar ook sociaal gezien eenzaamheid tegengaan. Wat ik veel interessanter vind — dat kan ik de Kamer toezeggen — is dat ik in die nota apart aan ouderen aandacht zal besteden. Want dat is een groeiende groep, waar heel veel gezondheidswinst is te halen, bijvoorbeeld door meer te bewegen. Het lijkt me echter heel onverstandig om aparte nota's per doelgroep te gaan schrijven. Maar een apart onderdeel in die nota kan ik toezeggen.

De heer **Krol** (50PLUS):
De minister heeft me heel nieuwsgierig gemaakt naar die nota. Als ik haar inzet zo hoor en zie, moet dat een heel spannende notitie binnen die nota worden.

Minister **Schippers**:
Juist in die nota zoeken we naar continuïteit van beleid, zodat gemeenten daarop voort kunnen bouwen. Ik doe mijn best om u niet teleur te stellen. Overigens werken de staatssecretaris en ik samen aan die nota.

Er is een brief naar de Tweede Kamer gezonden met een plan van aanpak voor verwarde mensen. Ik ben ontzettend blij dat we ook hier kiezen voor de persoonlijke en praktische benadering. Wat hebben deze mensen nodig? Als sprake is van gevaar voor anderen, hoe kunnen we de samenleving dan beschermen? In het aanjaagteam zitten mensen die het samen kunnen doen: patiënten, ggz, zorgverzekeraars, OM, politie en alle andere betrokken partijen. Zij kijken naar waar het goed gaat en nemen dat als voorbeeld voor de regio's waar het niet goed gaat. Zij praten met mensen die zelf een psychose hebben doorgemaakt en die precies weten wat er nodig is. Dat is de beste leerschool. Maar in de praktijk is het heel belangrijk dat wij mensen op tijd kunnen behandelen voordat het misgaat. Daarom kom ik volgend jaar met het wetsvoorstel inzake verplichte ggz. Het is ongelooflijk belangrijk om die wet zo snel mogelijk te behandelen, omdat we de huidige BOPZ pas kunnen inzetten als mensen opgesloten moeten worden. Het is geen behandelwet, en dat zal de Wet verplichte ggz wel zijn, waardoor je mensen in een veel vroeger stadium kunt behandelen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
De minister is nu overgegaan tot de BOPZ. Ik had nog een vraag over preventie; die heeft te maken met het bevolkingsonderzoek naar familiaire hypercholesterolemie. In de schriftelijke beantwoording staat dat het altijd de bedoeling is geweest dat het onderzoek naar deze erfelijke factor die een te hoog cholesterolgehalte veroorzaakt, tijdelijk zou zijn, en dat mensen die daarmee gediagnosticeerd worden, het nu zelf binnen hun familie gaan opsporen. Gebleken is echter dat vanaf het moment dat het onderzoek gestopt is, er van de meer dan 5.000 mensen die daarmee eerder per jaar werden opgespoord, nog maar 300 mensen worden gevonden. Die kunnen nu met een heel eenvoudige DNA-test worden geïdentificeerd. Als je dat via andere wegen gaat doen, moet dat met een heel ingewikkelde, dure test worden gedaan. Dat is de reden dat niet alleen vanuit de groep die dat onderzoek doet maar ook vanuit de huisartsenorganisaties en andere gezondheidsfondsen wordt gevraagd om dit vooral wel weer op te pakken, omdat dit op den duur echt een enorme besparing en gezondheidswinst oplevert voor al die mensen die al vanaf hun geboorte met een groot risico rondlopen.

Minister **Schippers**:
Het probleem daarmee is een beetje als volgt. Je zet iets tijdelijk op om het goed op de rails te zetten. Dan loopt het af, want het is opgezet en in kaart gebracht, en dan is het een kwestie van voortzetten. Dan regel je ook nog dat het kosteloos kan worden gedaan. Het is niet zo dat wij daar ineens geld voor vragen. Dat kan dus gewoon voortgaan. Als je altijd alles tot in het oneindige laat doorlopen, is er ook nooit ruimte om weer nieuwe dingen op te starten. Intussen hebben we natuurlijk allerlei nieuwe dingen opgestart. Dat is het een beetje met dit veld: je start nieuwe dingen op, en de andere dingen moeten op een gegeven moment op zichzelf staand lopen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Maar er worden steeds weer nieuwe genmutaties ontdekt die hiertoe bijdragen. Als je daarmee stopt, en zegt dat het veld het verder zelf moet oplossen, dan worden heel veel mensen gemist. Dat is toch niet wat we met zijn allen willen?

Minister **Schippers**:
Ik heb het natuurlijk niet op eigen houtje gedaan maar op basis van het advies van de colleges die me altijd over dit soort zaken adviseren. Ik zal teruggaan met de argumenten van mevrouw Dijkstra, hun vragen om aan te geven waarom ze dit hebben laten stoppen, zodat wij daar later op basis van die gegevens nog eens met elkaar over van gedachten kunnen wisselen.

De **voorzitter**:
U was bezig met de BOPZ.

Minister **Schippers**:
Met de Wet verplichte ggz kunnen we in plaats van een opsluitwet een behandelwet krijgen. De situaties die we helaas iedere dag opnieuw zien, geven aan dat er behoefte is aan deze nieuwe wet.

De **voorzitter**:
Mevrouw Bruins Slot heeft een vraag over dit punt. Is het handig als we de minister eerst even ...

Minister **Schippers**:
Ik ben klaar.

De **voorzitter**:
Dit was het laatste wat u daarover wilde zeggen? Dan geef ik mevrouw Bruins Slot de vloer.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Na drie jaar debatteren met de minister heb ik wel door wanneer ze de blokjes af heeft. Ik deel de opvatting van de minister dat de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg heel belangrijk is om ervoor te zorgen dat we goede zorg kunnen bieden aan mensen met een psychische aandoening die thuis wonen. Dat standpunt deel ik helemaal. De minister doet een oproep aan de Tweede Kamer om die wet straks ook heel snel te gaan behandelen, maar kan zij ons zeggen hoelang wij nu wachten op de nota van wijziging die de minister in voorbereiding heeft?

Minister **Schippers**:
Het is heel moeilijk om dit soort wetten in elkaar te zetten. De Wet BOPZ heeft er dertig jaar over gedaan. We zijn nu vijf jaar bezig met deze wet. Het is ook wel logisch, want het gaat over heel fundamentele dingen. Daar zullen we het in het debat over het wetsvoorstel ook over hebben. Er is wel noodzaak om het te behandelen. Waarom is dat gebeurd? Omdat er steeds nieuwe dingen voorvielen. Is het wetsvoorstel af? Nee, want als het wetsvoorstel hier in behandeling is, komen we weer met een nota van wijziging, maar daar wil ik niet op wachten. Die nota van wijziging komt weer voort uit de, eufemistisch geformuleerd, casus-Bart van U., op basis waarvan we in deze Kamer met elkaar hebben geconstateerd dat er een aantal dingen gewijzigd zouden moeten worden. We hebben echter ook met elkaar geconstateerd dat we de wet daar nu niet nog een keer op laten wachten. De wet gaat nu dus door. Het Openbaar Ministerie, de officier van justitie krijgt weer een andere rol. Maar goed, dat weet de Kamer. Daarover hebben we met elkaar gesproken. Ik ben het wel met mevrouw Bruins Slot eens dat het lang duurt. Soms ligt het langer in de Kamer. Soms ligt het langer bij ons. Dat komt vaak doordat er weer nieuwe inzichten zijn of doordat een beroepsgroep iets nieuws heeft bedacht, dat er dan weer in moet. Met de beste bedoelingen kunnen we elkaar heel lang bezighouden. Ik zie voor mezelf snelheid als opdracht en ik hoop dat ook de Kamer tempo wil maken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik maakte zojuist bewust die opmerking, omdat ook zorgvuldigheid van belang is. Iets meer dan twee jaar geleden hebben we vragen gesteld. Later hebben we de antwoorden van de minister gekregen. Eigenlijk is de minister nu al twee jaar bezig om die wet verder te finetunen. Kan de minister zich erin vinden dat, als we het wetsvoorstel van haar krijgen, we wel de tijd nemen voor een zorgvuldige behandeling? Ik heb de minister al verschillende keren in de media een oproep horen doen aan de Kamer om het wetsvoorstel zorgvuldig te behandelen, maar volgens mij is er op dit punt een gedeelde verantwoordelijkheid. De minister heeft best wel wat tijd genomen om het zorgvuldig te doen. Dat vind ik ook ontzettend belangrijk. Ik neem aan dat de minister ziet dat de Kamer het ook op een zorgvuldige manier moet doen.

Minister **Schippers**:
Zeker, maar het hoeft elkaar niet uit te sluiten. Daar gaat het om. Ik heb die oproep ook aan mijzelf gedaan. Ik heb daarom de nota van wijziging niet weer eerst langs alle raden laten gaan. Zoals bekend ligt het wetsvoorstel nu alweer heel lang bij het College bescherming persoonsgegevens en de Raad voor de rechtspraak. Zij hebben er ook hun tijd weer voor nodig. Ik heb ervoor gekozen om dat met de nota niet te doen om de gang erin te houden. Ik probeer er zelf dus tempo in te brengen en zal de Kamer vervolgens de nota van wijziging aanbieden, zodat we de gang erin houden.

De **voorzitter**:
En uiteindelijk bepaalt de Kamer zelf het tempo van behandeling van een wetsvoorstel, gelukkig.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Ik heb ook een vraag over deze wet. Bij dit soort ingrijpende maatregelen horen altijd heel veel waarborgen. "Heel veel waarborgen" betekent echter ook, als je niet oppast, heel veel formulieren en heel veel communicatie, met alle risico's van dien. Wil de minister aan het eind van het traject heel in het bijzonder ook bekijken of het met alle goede bedoelingen toch in de praktijk weer niet zodanig bewerkelijk en zodanig ingewikkeld wordt dat we met zijn allen weer gaan zuchten over de administratieve lasten die daar het gevolg van zijn?

Minister **Schippers**:
Dat zal, denk ik, ook een belangrijk element zijn in de behandeling hier. Het gaat om een verplichte behandeling van mensen, tegen hun wil in. Dat is nogal wat. Mevrouw Bruins Slot zei niet voor niets dat je daar allemaal waarborgen voor nodig hebt. De wet moet echter ook werkbaar blijven. In de praktijk zie je namelijk dat waar je het te ingewikkeld maakt, het niet werkbaar is. Over precies die balans zullen we met elkaar goed moeten spreken.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Prima. Die discussie gaan we nog vervolgen. Ik kom, breder, op de problematiek van de verwarde personen, waarover we inderdaad al een aantal keren hebben gesproken, namelijk in het debat over het rapport van de commissie-Hoekstra en afzonderlijk nog in een algemeen overleg. Ik denk dat hier breed wordt gedeeld dat we de vaart in dat proces moeten houden. Het is goed dat dat aanjaagteam er is. Mijn vraag is: wordt er gelijk actie ondernomen en contact gezocht als er signalen komen zoals het signaal van het Leger des Heils, een paar weken geleden, over de problemen die het in zijn opvang ziet?

Minister **Schippers**:
Op de dag dat het aanjaagteam ons, mij en mijn collega van Veiligheid en Justitie, zijn plan van aanpak aanbood, hadden wij de signalen van het Leger des Heils al gekregen. Ik heb er het team ook naar gevraagd. Ze geven aan dat ze juist op zulke signalen ingaan om de betreffende partijen erbij te betrekken. Die partijen geven niet alleen de signalen, maar kunnen ook meespreken over hoe het is op te lossen en wat er nodig is. Dat is precies de praktische manier waarop het aanjaagteam wil werken.

De **voorzitter**:
Gaat u verder.

Minister **Schippers**:
Er is veel te doen. Het gaat niet om grote stelseldiscussies, waar patiënten en zorgverleners niets mee opschieten, maar om een praktische aanpak. Dat is onze inzet. We zijn daar op veel plaatsen al mee bezig. Natuurlijk zetten we dat in 2016 volop door.

Er waren nog een aantal amendementen.

De **voorzitter**:
Mijnheer Van Gerven, voordat we aan de amendementen beginnen.

De heer **Van Gerven** (SP):
De minister begint weer over het stelsel. Daar is ze niet voor. Maar waarom stelt de minister dan een stelselwijziging voor of is ze voorstander van een stelselwijziging bij de ambulancediensten?

Minister **Schippers**:
Daar ben ik vooralsnog geen voorstander van.

De heer **Van Gerven** (SP):
De minister laat bij haar plannen twee varianten onderzoeken, als ik het goed heb begrepen. De eerste is doorgaan op de huidige manier. De tweede is het laten uitvoeren van de ambulancediensten door de zorgverzekeraars. Dat is wel degelijk een duidelijke stelselwijziging met betrekking tot het organiseren van de ambulancezorg. Die zorg wordt dan namelijk overgelaten aan de zorgverzekeraars, die hem al dan niet kunnen aanbesteden. Dan krijg je dat hele circus. Waarom is de minister niet bereid om de publieke variant te onderzoeken, die op groot draagvlak kan rekenen bij het ambulancepersoneel zelf? Dat moet de minister toch ook aanspreken. Dan moet zij praten met het personeel en niet alleen met de bobo's, die daar anders over denken. Als zij met het personeel gaat praten, waarom onderzoekt zij dan niet die variant als zij niet ideologisch gedreven is?

Minister **Schippers**:
Dat is een heel lang verhaal, waarop ik een kort antwoord kan geven dat de heer Van Gerven eigenlijk al zou moeten kennen. We hebben een Tijdelijke wet ambulancezorg. Waarom is die tijdelijk? Omdat die niet EU-proof was. Wij moeten dus zoeken naar een oplossing. Vooralsnog heb ik die oplossing niet gevonden, anders had ik al een wetsvoorstel ingediend. Ik zit helemaal niet te wachten op grote veranderingen, maar ik kan het niet laten zoals het is, dus ik zal op een gegeven moment iets moeten doen. Als ik dat ei gelegd heb, kom ik naar de Kamer, niet omdat ik zit te wachten op een verandering of een stelselwijziging, maar gewoon omdat de huidige wet tijdelijk is en dus niet houdbaar.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Ik wil nog even terugkomen op het basispakket voor asielzoekers. Een basispakket dekt voor iedere Nederlander de noodzakelijke medische zorg en de inhoud van het basispakket is bij elke zorgverzekeraar gelijk. Wat is er dan anders aan asielzoekers waardoor zij een uitgebreider basispakket moeten hebben dan Nederlanders? De definitie van "basispakket" is toch gewoon dat daarin alle zorg zit die iemand nodig heeft?

Minister **Schippers**:
Ik vind het belangrijk om hier te benadrukken dat de zorg voor asielzoekers loopt via het ministerie van Veiligheid en Justitie en dus niet via de Zorgverzekeringswet. Uitgaven daarvoor drukken dus niet op de premie die wij kennen in ons systeem. Binnen het systeem van Veiligheid en Justitie wordt bepaald welk maatwerk er nodig is. Pas als mensen statushouder zijn en hier dus echt kunnen verblijven, kunnen zij premie betalen en komen zij onder de Zorgverzekeringswet. Dat geldt ook zo voor huisvesting en arbeid.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Ik heb hier een briefje van €20. Daarop staat niet bij welke begroting dat hoort, V en J of VWS. Voor de burgers maakt het toch niet uit hoe ze betalen? Ze betalen. Ze betalen voor de zorg van asielzoekers. Ze betalen voor een basispakket voor asielzoekers dat veel uitgebreider is dan hun eigen basispakket. Ik herhaal nog maar eens dat de eerste twintig fysiotherapiebehandelingen die een Nederlandse chronisch zieke nodig heeft, door hemzelf betaald moeten worden. Voor een asielzoeker zijn die gratis. Een bril, anticonceptie, kraamzorg: allemaal zaken waarvoor een Nederlander moet betalen, zijn eigen risico moet aanspreken of een eigen bijdrage moet betalen, en die asielzoekers gratis krijgen. Ik herhaal mijn vraag: het basispakket zou toch voor iedereen gelijk moeten zijn? Waarom zorgt dit kabinet er dan voor dat asielzoekers een super-de-luxe basispakket hebben en Nederlanders een veel soberder basispakket?

Minister **Schippers**:
Ik begon met te zeggen dat dit binnen Veiligheid en Justitie valt, omdat mevrouw Klever bij die begroting moet zijn als zij daaraan iets wil wijzigen. Daar kan het. Ik kan heel moeilijk iets in de begroting van een ander departement doen. Daarom begon ik daarmee. De regeling is ingesteld zoals zij is in gesteld met in het achterhoofd dat een asielzoeker niet kan werken. Hij kan dus zelf niet beslissen om iets aanvullend te verzekeren en daarvoor te betalen. Wij zeggen immers tegen asielzoekers: u krijgt een bepaald bedrag om van te leven, maar het is u niet toegestaan om te werken. Dan wordt er via die regeling maatwerk geleverd dat op dat moment nodig is voor die tijdelijke situatie waarin een asielzoeker in procedure zit. Het is ook een korte periode waarin dat geldig is.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Eventjes voor de helderheid: volgens mij zit kraamzorg gewoon in het basispakket, maar dat terzijde. Ik ben blij dat de minister zegt dat mensen die verzekerd zijn, of zij nou Nederlander of statushouder zijn, toegang hebben tot medische zorg. Ik heb nog een vraag over de situatie van mensen die statushouder zijn geworden, maar nog in een asielzoekerscentrum zitten, omdat zij nog geen woning hebben gekregen. We kunnen verwachten dat die groep de komende tijd groter wordt. Ik heb al eerder gevraagd of het mogelijk is een parallel te trekken met de regeling voor mensen die in de gevangenis zitten. Zij zijn ook niet verzekerd, want ze zijn niet verzekeringsplichtig, en voor hen bestaat een aparte regeling. Zou het niet logisch zijn om zo'n soort regeling toe te passen op mensen die al statushouder zijn, maar nog in het asielzoekerscentrum zitten?

Minister **Schippers**:
Deze situatie is nu actueel en wordt actueler. In de schriftelijke antwoorden heb ik aangegeven dat wij zoeken naar een oplossing. Ik zal de suggestie van mevrouw Voortman meenemen, maar we hebben de oplossing nog niet, want dan had ik dat al laten weten. Ik zal de suggestie meenemen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Dank voor deze toezegging.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
De minister wilde volgens mij aan de amendementen beginnen. Ik schat in dat zij dus aan het einde is gekomen van dit onderwerp. Ze knikt, dus dan stel ik graag mijn vraag. Ik ben in mijn eerste termijn ingegaan op de inclusieve samenleving. Ik heb het schriftelijke antwoord van de minister en de staatssecretaris daarop gelezen. Daarin staat dat zij het niet met mij eens zijn dat er sprake zou zijn van een signaal voor een minder inclusieve samenleving. Punt. Vervolgens volgt er een heel technisch antwoord over goede zorg, handelingsopties et cetera. Er is echter het volgende aan de hand. Als wij spreken over de NIPT, lezen mensen met het syndroom van Down dat ook de krant. Zij vragen zich af: mag ik er nog wel zijn? We zien dat het aantal euthanasiegevallen toeneemt, bijvoorbeeld bij mensen met dementie. Mensen vragen zich af: ben ik nu ook een last voor de samenleving? Mensen voelen zich niet welkom. Ik zou heel graag willen dat de minister, en straks wellicht de staatssecretaris, daarop reflecteert, want eigenlijk is de minister hier totaal niet op ingegaan.

Minister **Schippers**:
Wat mevrouw Dik een technisch antwoord vindt, is voor mij een diepste overtuiging. Zo kun je zien hoe het verschilt. Ik ben namelijk ongelooflijk voorstander van het feit dat mensen hun eigen afwegingen maken. Mensen moeten goede, neutrale informatie krijgen. Ik heb daar met mevrouw Dik al eerder over gesproken. Wij doen er echt alles aan om dat goed voor elkaar te krijgen, op een manier die ook mevrouw Dik neutraal vindt. Maar uiteindelijk is het antwoord dat ik gegeven heb voor mij niet technisch, maar een diepste overtuiging. Ik heb het al vaker gezegd: iedereen in dit land is welkom. Iedereen die geboren wordt, is welkom. Het is niet zo dat er mensen tot last zijn. Dat is niet de samenleving waar wij voor staan. Ik heb dat al verschillende malen gezegd in de Kamer. Dat is óók een diepste overtuiging. Die twee dingen bij elkaar zijn voor mevrouw Dik hopelijk voldoende reflectie. Het is zeker niet technisch.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik waardeer het antwoord van de minister dat iedereen in de samenleving welkom is. Ik signaleer echter, bijvoorbeeld als ik de kranten opensla of als ik gesprekken vo2r met mensen die in verpleeghuizen verblijven, dat de inclusieve samenleving onder druk staat. Die samenleving staat onder druk door medisch-technische ontwikkelingen die wij met elkaar mogelijk maken. Aan de ene kant bieden medische ontwikkelingen ons inderdaad heel veel vooruitgang. Prenatale screening heeft zeker goede kanten, maar er zit een keerzijde aan. Ik vraag de aandacht van de minister voor die keerzijde. Er zijn in de samenleving groepen die zich door de medische ontwikkelingen afvragen wat dat voor

hen betekent als zwangere of als eenzame oudere in een verpleeghuis, misschien met dementie. Dat zijn vragen die op dit moment aan de orde zijn. We kunnen dit niet bij motie veranderen; dat snap ik ook. Ik vraag echter de aandacht van de minister hiervoor. We moeten ons daar in alle overheidscommunicatie wel degelijk van bewust zijn.

Minister **Schippers**:
Met dat laatste ben ik het eens. We moeten ons daar in de communicatie vanuit de overheid van bewust zijn. Dat is ook de reden dat ik met ouders van kinderen met het syndroom van Down in gesprek ben gegaan. Zij vonden de RIVM-informatie stigmatiserend. Ik las dat er niet in, maar ik kijk er misschien anders naar. Daarom heb ik hen ook mee laten kijken, zodat wij de informatie zo feitelijk en neutraal mogelijk geven. Dat ben ik met mevrouw Dik eens. Daar heb ik me voor ingespannen. Ik vind dat heel belangrijk. Uiteindelijk vind ik dat mensen die ervoor kiezen om gebruik te maken van de medisch-technische ontwikkelingen en daarin keuzes maken die misschien niet de keuzes van mevrouw Dik zijn, daarmee niet zeggen dat mensen niet welkom zijn als zij andere keuzes maken. De samenleving laat diversiteit zien en iedereen kan daarin zijn eigen plekje vinden. Daar moeten wij ook voor zorgen. Het is dus aan ons om in onze eigen verhalen altijd uit te dragen dat iedereen welkom is en dat iedereen een vrije keuze heeft. Iedereen heeft de vrije keuze om wel zo'n test te doen en daar consequenties aan te verbinden. Iedereen heeft echter net zo goed de keuze om te zeggen: voor mij hoeft die test niet, want bij mij is iedereen welkom; ik maak daar een andere keuze in. Met die diversiteit moeten wij omgaan.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Naast andere onderdelen van de begroting is ook dit een mooi thema om eens over te spreken. Herkent de minister het beeld dat je mensen soms op een subtiele manier te weinig recht kunt doen, ook als je mensen echt inclusief wilt laten participeren? Ik doel bijvoorbeeld op mensen met het syndroom van Down. Ik heb pas een prachtig groepsbezoek gehad van mensen met het syndroom van Down, terwijl ik eerder altijd dacht dat ik naar hen toe moest, omdat zij niet naar Den Haag zouden kunnen komen. Dat was heel dom. Waarom dacht ik dat? Maar ik dacht het eigenlijk wel. Het was toch iets bijzonders dat wij gewoon een groepsbezoek hier hadden. Het was een prachtig bezoek. Vragen die subtiele vormen van "niet erbij horen" niet ook nog meer aandacht?

Minister **Schippers**:
Er zijn programma's op de televisie die laten zien dat wij een etiketje plakken op die groep. Wij hebben allerlei oordelen over die mensen als groep, terwijl het allemaal individuen zijn die toevallig het syndroom van Down hebben. Er zijn ook mensen bij die erg ziek zijn en die veel meer medische zorg en aandacht nodig hebben. Zij lijden eigenlijk veel meer dan de groep die wij op tv zien. Bij het plakken van stickertjes voel ik mij sowieso niet heel erg thuis. Het is een diverse groep individuen met eigen voorkeuren en een eigen behoefte aan zorg. Ik vind het heel belangrijk om dat uit te dragen. De heer Van der Staaij spreekt over het groepsbezoek waar mevrouw Dik-Faber het ook al over had. Dat is een ervaring. Op tv is hier aandacht voor op allerlei verschillende manieren en wij kunnen er zelf ook iets aan doen.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Ik ga nog even in op keuzevrijheid. Onlangs merkte ik in een debat over euthanasie dat mensen van de NVVE en dergelijke ook begrip hebben voor mensen die in moeilijke omstandigheden voor euthanasie kiezen, omdat zij hun omgeving niet tot last willen zijn en omdat zij de samenleving op kosten jagen. Ik heb hier persoonlijk heel veel moeite mee, maar anderen zeggen dat dit argumenten kunnen zijn. Hoe kijkt de minister tegen die discussie aan?

Minister **Schippers**:
Ik denk dat omzien naar elkaar een heel belangrijk thema is, ook heden ten dage. Wij zijn allemaal uit heel kleine gemeenschappen gekomen waarin iedereen elkaar kende en waarin goed nabuurschap misschien wat gebruikelijker was. Nu veel mensen in steden wonen, leven zij meer langs elkaar heen. Dit wil zeggen dat omzien naar elkaar nog steeds een heel belangrijk thema is. Met sociale wijkteams en zorgnetwerken moeten wij proberen om meer verbinding aan te brengen, zodat mensen niet tussen wal en schip vallen. Toen ik op werkbezoek in Enschede was, vroeg men mij of ik het interessant vond dat daar iedereen boven de 70 iemand aan de deur krijgt die een valtraining aanbiedt. Een ongelooflijk aantal mensen zegt verrassend genoeg: ja dat doe ik. En na de valtraining gaan ze met elkaar zwemmen, kaarten of iets anders doen. Wij spelen daar dus allemaal een rol in. De samenleving kun je niet met wet- en regelgeving organiseren. Wij zullen allemaal onze bijdrage moeten leveren. Wij kunnen ons niet neerleggen bij het argument: ja, maar dan moeten mensen bij mij langskomen en dan ben ik te veel. Dat neemt niet weg dat mensen kunnen beslissen dat het voor hen anders ligt. Zij kunnen het lijden bijvoorbeeld ondraaglijk vinden en een andere keuze maken.

De **voorzitter**:
Ik zie dat mevrouw Bouwmeester en mevrouw Voortman zelf de volgorde met elkaar regelen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Dank u wel, mevrouw Voortman. Ik vind dat de minister heel waardige antwoorden geeft op de vragen over dit onderwerp en dat verdient dit onderwerp ook. Los van de principiële discussie die je hierover terecht kunt voeren, heb ik zelf als zwangere ervaren dat ziekenhuizen de NIPT massaal via een omweg aanbieden. Dat leidt ertoe dat vrouwen die €600 overhebben via de Belgiëroute met behulp van Nederlandse ziekenhuizen de NIPT krijgen en mensen met een lager inkomen die niet krijgen. Hoe langer een besluit hierover wordt uitgesteld, hoe meer je portemonnee dus indirect gaat bepalen of je de NIPT kunt doen of niet. Dat lijkt mij een ongewenste situatie. Hoe ziet de minister dat?

Minister **Schippers**:
Ik vind zelf de situatie rondom de NIPT ook ongemakkelijk. Ik ben gebonden aan wet- en regelgeving, zoals u weet. Ik kan dus niet beslissen zonder de Gezondheidsraad. Die

maakt een advies, waarop ik echt moet wachten. Maar ik vind het zelf ook ongemakkelijk, want ik weet uit de praktijk zelf ook hoe het gaat. Er zijn manieren waarop het heel legaal is. We hebben een vrij Europa; je kunt gaan waarheen je wilt. Er zijn ook niet-legale manieren, waarop de inspectie ook echt moet toezichthouden. We hebben niet voor niets met elkaar afspraken gemaakt. Van mij zou het best sneller mogen, maar de Gezondheidsraad is onafhankelijk. Ik heb die gevraagd om er tempo mee te maken, maar daar ben ik van afhankelijk.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Ik wil ingaan op een ander maar niet minder belangrijk onderwerp: inclusief topsporten. Ik weet dat deze minister een groot hart heeft voor topsport door mensen met een beperking. Ik vind de schriftelijke beantwoording op mijn vraag over het rolstoelhockeyteam dan toch te beperkt. Ik heb mijn zorgen uitgesproken over het feit dat de Nederlandse Hockey Bond aangeeft geen geld meer te hebben om het topsportteam voor rolstoelhockey te financieren en in ieder geval te zorgen dat het mee kan doen aan het Europees kampioenschap in 2016. De minister zegt: ik ga met ze in gesprek. Maar het gaat natuurlijk wel om het team dat het wereldkampioenschap en het Europees kampioenschap heeft gewonnen. Ik zou het heel jammer vinden als er geen oplossing komt. Ik vraag de minister dus om in ieder geval te regelen dat het team mee kan doen aan het Europees kampioenschap. Dat is volgend jaar en er moet al op heel korte termijn een beslissing worden genomen over deelname. Dat gaat om incidenteel iets van €50.000. Ik wil haar ook vragen om vervolgens in gesprek te gaan met de hockeybond over hoe we structureel het rolstoelhockey goed kunnen borgen.

Minister **Schippers**:
Op een zorgbegroting lijkt €50.000 heel weinig, maar op een sportbegroting is het heel veel. Ik vind het ook te makkelijk ervan uit te gaan dat de overheid zou bijplussen als men ermee zou stoppen. Ik wil op korte termijn een gesprek met de hockeybond over waarom dit zo gaat en bekijken of we daar een oplossing voor kunnen vinden. Maar ik ga daar niet op vooruitlopen door te zeggen: wij lossen het op. Ik vind dat de hockeybond daarin zelf ook een verantwoordelijkheid heeft. Ik ga dat gesprek dus graag aan en koppel daar graag over terug, maar ik verwacht ook wat van de hockeybond.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Het heeft heel lang geduurd voor we toe zijn gekomen aan de ratificatie van het VN-verdrag voor de rechten van mensen met een beperking. Daar gaan we als het goed is over een paar weken over spreken. Nu lijkt het erop dat onze mensen, de regerende kampioenen, straks misschien niet mee kunnen doen aan het rolstoelhockeytoernooi op Europees niveau. Ik zou het in Europees verband echt te gek voor woorden vinden als dat niet zou gebeuren. Ik wil de minister dus vragen of zij echt haar best kan doen om ervoor te zorgen dat onze rolstoelhockeyers gewoon meedoen aan het Europees kampioenschap, zodat zij weer Europees kampioen worden.

De **voorzitter**:
In aanvulling daarop vraag ik de minister: u hebt gezegd dat u daarover in gesprek zult gaan. Kunt u het voor het wetgevingsoverleg over sport laten weten?

Minister **Schippers**:
Dat zal ik doen en ik wil ook geen misverstand laten bestaan. Ik heb net behoorlijk wat geld vrijgemaakt voor de gehandicaptensport of parasport; hoe je het ook noemen wilt. Ik vind het ontzettend belangrijk dat we dat doen. Ik heb er dus veel geld voor vrijgemaakt, maar ik vind niet dat je daarnaast in één keer via allerlei wegen dit soort dingen zomaar af kunt schuiven. Ik wil dat gesprek dus aangaan; dat vind ik belangrijk. Ik vind ook dat we daarbij alles op alles moeten zetten. Ik zal de Kamer dus ook voor het wetgevingsoverleg over sport daarover terugkoppelen.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Antibioticaresistentie komt in Nederland heel weinig voor omdat we dat hier heel goed geregeld hebben. Artsen schrijven antibiotica terughoudend en heel gericht voor. Daarom hebben wij daar in Nederland weinig last van. Maar nu waarschuwt het RIVM voor de MRSA-bacterie bij asielzoekers en zegt het dat ziekenhuizen asielzoekers altijd moeten screenen op die bacterie, en hen geïsoleerd moeten verplegen. Dat kost €3.000 tot €20.000 per behandeling extra. Waarom screent de minister asielzoekers niet bij binnenkomst op die MRSA-bacterie, want de gevolgen kunnen heel vergaand zijn voor de antibioticaresistentiepreventie in Nederland?

Minister **Schippers**:
En dan? Dan heb ik gescreend. U hebt MRSA en dan?

Mevrouw **Klever** (PVV):
Dan volgt behandeling.

Minister **Schippers**:
Dat kan niet want het is nou juist het kenmerk van MRSA dat die niet reageert op een behandeling. Dus ik kan iedereen wel screenen, ik kan u ook screenen, misschien hebt u ook MRSA zonder dat u het weet, maar we hebben niets aan dat screenen. Wanneer is het echt ter zake doende? In ziekenhuizen waar kwetsbare mensen verblijven. Dan kan MRSA een grote impact hebben. Dat geldt ook voor de veehouderij waar je ziet dat besmetting veel vaker voorkomt. Daar hebben we aparte protocollen voor. De ziekenhuizen hebben hiervoor een heel goed beleid. Ik ben er heel trots op en ik vind dat we het ook ontzettend goed doen om ervoor te zorgen dat we die besmetting in Nederland ook laag houden.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Het punt is dat die MRSA-bacterie besmettelijk is. Asielzoekers zitten in zo'n azc en daar gebruiken ze natuurlijk allemaal dezelfde sanitaire voorzieningen. Het risico bestaat daar dus dat andere mensen besmet worden en dat het probleem alleen maar groter wordt en de ziekenhuizen op gigantische kosten gejaagd worden. Het gevaar bestaat dat we het probleem dan niet meer kunnen handelen. De

minister maakt internationaal gezien een heel groot punt van die antibioticaresistente en gaat daarvoor de hele wereld over, maar in Nederland lopen we een groot risico. De minister kan er dus toch wel iets aan doen in die azc's? Als je weet dat iemand besmet is, kun je daar toch wel wat meer aan doen dan het maar gewoon laten lopen met het risico dat anderen ook besmet worden?

Minister **Schippers**:
Maar wat gaan we dan doen? Gaan we dan ook zeggen dat mensen niet meer naar Turkije, Griekenland of landen in Zuid-Europa mogen, waar MRSA heel veel voorkomt? We hebben open grenzen. Iedereen gaat op vakantie en gaat heen en weer tussen landen. We besmetten elkaar allemaal. Dat is nou juist het hele eieren eten. Er is hiervoor geen eenvoudige oplossing. Het is veel te eenvoudig om te denken dat het zich oplost door iedereen bij de grens te controleren. We controleren niet iedereen die uit het vliegtuig komt na een vakantieverblijf in Turkije. We moeten met elkaar internationaal de strijd tegen antibioticaresistentie aangaan. Dat moeten we op verschillende terreinen doen. Dat kan onder andere door ervoor te zorgen dat je geen infectie krijgt, want als je geen infectie krijgt, behoef je niet behandeld te worden. We hebben een programma opgesteld over prudent gebruik van antibiotica. Laten we ook de veehouderij in dit verband niet onderschatten. Dus we doen er echt alles aan, maar de oplossing is niet gelegen in het aan de grens controleren.

De heer **De Lange** (VVD):
Ik wil nog even terugkomen op de beantwoording van de minister over innovatie en e-health. De VVD heeft gevraagd of er een inventarisatie gemaakt kan worden van de belemmeringen. In het antwoord lees ik dat er niet alleen een inventarisatie gemaakt zou moeten worden, maar dat er vooral gekeken moet worden naar praktische voorbeelden en knelpunten uit de praktijk. Dat ben ik zeer met de minister eens. De concrete vraag is echter nog wel of die inventarisatie daadwerkelijk wordt gemaakt.

Minister **Schippers**:
Die inventarisatie maken we eigenlijk doorlopend. Ik heb de Kamer er ook een brief over gestuurd. Door het volgen van een casus, waarbij je verschillende keren met alle betrokkenen rond de tafel zit, constateer je dat het bijvoorbeeld ligt aan ICT, in de zin dat systemen niet gekoppeld kunnen worden. In een ziekenhuis kun je bijvoorbeeld in je ICT-omgeving wel iets goeds bedenken wat in een gynaecologieafdeling wel realiseerbaar is maar in een andere afdeling weer niet. Zo heb ik in de brief aangegeven tegen welke belemmeringen we aanlopen. We gaan ermee aan de slag om te kijken hoe we die kunnen oplossen, waarbij ik meteen opmerk dat sommige gemakkelijker zijn op te lossen dan andere. We blijven ook de scan doen van die belemmeringen. We hebben ook aangegeven: als er belemmeringen zijn, meld ze dan. Daarnaast zijn we er zelf actief in. Een van de belemmeringen was dat men elkaar niet kon vinden. Ik heb het dan bijvoorbeeld over iets wat creatieve mensen ontwikkelen, maar waarbij het uiteindelijk tekortschiet waar het gaat om gebruikersgemak voor patiënten of artsen, of over iets wat niet in ons financieringssysteem past of over iets wat heel veel potentie heeft maar waarvoor geen investeerders zijn. Dat brengen we bij elkaar in een netwerk zodat we dan veel sneller en praktischer tot oplossingen kunnen komen. De grote lijnen ten aanzien van die belemmeringen heb ik in genoemde brief overigens al genoemd, en dat zijn er, uit mijn hoofd, drie.

De heer **De Lange** (VVD):
Dat is helder. Die hebben we ook gezien. Belangrijk blijft dus het uitgangspunt dat de praktische belemmeringen steeds gemonitord worden om op die manier oplossingen te zoeken. Ik doe een volgens mij ook belangrijke oproep: mochten er vanuit het veld belemmeringen ervaren worden, meld die dan ook heel nadrukkelijk zodat zij kunnen worden opgepakt.

Minister **Schippers**:
Ja, zeker als dat op korte termijn iets is waarvan je kunt zeggen dat het veel potentie heeft en zo mooi is maar in de weg zit met iets wat je moet aanpassen en wat lang duurt. Daarvan hebben wij gezegd dat wij dan een experiment kunnen starten met een regelvrije omgeving waarin we bepaalde dingen uitschakelen. Als het echt iets is wat toch wel heel erg mooi zou zijn, hebben wij de ruimte om vijftien van dat soort experimenten op te starten.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik had nog een vraag aan de minister over TISA, het handelsverdrag in wording tussen de Europese Commissie en 22 andere landen, over diensten en hoe de handel kan plaatsvinden. Nu heeft de minister geantwoord dat er geen vuiltje aan de lucht is; ik vat het maar even in mijn woorden samen. Waarom zet het kabinet niet in op een opt-outregeling waarmee alle diensten in de zorg worden uitgezonderd van dat TISA-handelsverdrag?

Minister **Schippers**:
Waar het kabinet op inzet heb ik aan de Kamer geschreven. Wat wij inbrengen in die overleggen is dat ons gezondheidssysteem nationaal bepaald wordt en dus niet onder dat verdrag valt.

De heer **Van Gerven** (SP):
Dat waag ik te betwijfelen als je dat niet keihard in een opt-outregeling zet. Heel concreet, stel dat de ambulancedienst in een regio privaat wordt uitgevoerd, bijvoorbeeld door een Deens bedrijf. Nu besluiten wij als land om daar een publieke dienst van te maken die wij zelf gaan uitvoeren. Dan zetten wij als het ware die Deense ondernemer weer buitenspel, omdat wij het wenselijk vinden dat wij dat zelf nationaal gaan doen. Kan dat als we akkoord gaan met de voorstellen die er nu liggen en met de bepalingen die het kabinet voorstelt?

Minister **Schippers**:
Wij gaan daar zelf over als land. Daar waar er vraagtekens zijn of er twijfel is omdat veel stelsels publiek zijn en het onze privaat, hebben wij aangegeven dat ons stelsel er dus expliciet onder gebracht moet worden. Het is dus liever expliciet benoemd dan impliciet bedacht en uiteindelijk ernaast vallend. Wij zijn het dan ook inhoudelijk in die zin met elkaar eens dat onze regels en datgene wat wij hier

met elkaar in de zorg doen, een nationale bevoegdheid zijn en dat Europa over nationale bevoegdheden geen dingen kan uitonderhandelen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Aangezien de minister daarnet bijna naar de amendementen overging, heb ik nog een punt, namelijk mijn vraag over de invulling aan het advies van het Zorginstituut Nederland over kosteneffectiviteit. De minister schrijft in de schriftelijke beantwoording: Hierin geeft het Zorginstituut niet aan dat er een grens zou moeten worden gesteld aan wat bepaalde zorg mag kosten en ik voel mij daar ook niet bij thuis. Dat begrijp ik, maar in een publicatie van het Zorginstituut zelf wordt gerept van referentiewaarden. Daar wordt wel degelijk een bedrag aan gehangen. Ik zou graag van de minister willen weten of zij zich wel thuis voelt bij die omschrijving, de referentiewaarden namelijk. Afhankelijk van de ernst van de aandoening, zegt het Zorginstituut, zouden referentiewaarden moeten variëren van €10.000 tot €80.000 per gewonnen levensjaar van goede kwaliteit. In feite geeft het Zorginstituut aan daarmee te werken. Ik zou daarop toch graag een reactie van de minister willen.

Minister **Schippers**:
Ik heb op dat rapport onlangs, vorige week of anderhalve week geleden, een uitgebreide beleidsreactie gestuurd. Kosteneffectiviteit is mij te gemakkelijk als je zegt: we laten dat bijvoorbeeld alleen afhangen van de ziekte. Want wanneer iemand jong is, 36, drie kinderen heeft en heeft allerlei toekomstdromen en -plannen, dan is dat een andere situatie dan iemand die 90 is, eigenlijk wel klaar is met een en ander en totaal anders in het leven staat. Dat zijn heel verschillende situaties. In mijn reactie heb ik ook aangegeven dat ik het cruciaal vind dat wij het niet verengen tot: een levensjaar is €80.000 waard. Vinden wij €82.000 dan te veel? Doen wij het dan niet? Het is wel zo dat wij — bij farmacie doen wij dat ieder dag — kijken naar de kosteneffectiviteit ten opzichte van de therapeutische meerwaarde. Hoeveel moet je meer betalen dan de standaardbehandeling en wat krijg je daarvoor terug? Krijg je terug dat je voor heel veel geld drie weken kotsziek in je bed ligt? Of krijg je terug dat je anderhalf jaar langer kunt doorleven met een behoorlijke levenskwaliteit? Dat zijn afwegingen die rondom geneesmiddelen al voortdurend worden gemaakt. Ik zeg dus niet dat je er helemaal geen gewicht aan moet toekennen, want ook zorg is het verdelen van schaarste, maar ik vind het veel te simpel om een levensjaar €80.000 of tussen de €10.000 en €80.000 waard te vinden. Daar voel ik mij helemaal niet bij thuis. Die weg wil ik niet op.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Dat begrijp ik. Ook ik vind het een heel moeilijke discussie, maar die referentiewaarde is ook geen vaste grens. Het is afhankelijk van de aandoening waarom het gaat, van de leeftijd, van al die andere factoren. Ik begrijp van de minister dat zij er überhaupt geen bedragen aan wil koppelen omdat dat lastig is — ik ben het daarmee eens — maar het zou goed zijn om het debat met elkaar te voeren. Hoe kunnen wij er toch wat meer vorm aan geven? Ook vanuit de wereld van de medisch specialisten wordt hierom gevraagd. Artsen willen dat niet in de spreekkamer met hun patiënten moeten uitmaken.

Minister **Schippers**:
Gedeeltelijk zullen zij dat altijd moeten doen, want de arts is uiteindelijk de poort naar een behandeling. Het is een onontkoombare verantwoordelijkheid van artsen, maar ook van de politiek. In een beleidsreactie heb ik gezegd dat de referentiewaarde voor mij een veel positievere, genuanceerdere benadering is dan de discussies die wij in dit land heel lang hebben gehad over €80.000 als top en dat is het. De benadering van de referentiewaarde vind ik veel genuanceerder en beter. Er is persoonlijk maatwerk mee te leveren.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ik heb een vraag over de zorginkoop van zorgverzekeraars. De toezichthouder van de minister zegt dat die vooral plaatsvindt op basis van prijs en nog te weinig op kwaliteit. Daar is dus verbetering nodig. Het antwoord van de minister is echter vrij procesmatig. Dat is onderdeel van het probleem. De NS, pardon, de NZa heeft van ons de opdracht gekregen om een procestoets te doen. Dat doet zij, maar eigenlijk moet je een toets op inhoud hebben. Wordt er op inhoud ingekocht? De minister zegt dat allerlei procedures openbaar zullen worden gemaakt, maar ik zie nog niet waardoor de verzekerde, de patiënt, de zorgverlener wordt meegenomen in het inkoopbeleid. Een voorwaarde voor kwaliteit is dat er naar hen wordt geluisterd.

Minister **Schippers**:
Wij hebben deze procedure voor het eerst. Hij zat eerst in de niet doorgevoerde wet waar ook artikel 13 in zat. Met elkaar hebben wij besloten om dit onderdeel wel door te zetten, maar dan via de NZa, die beleidsregels heeft gemaakt. Daar zitten allerlei aspecten aan. Als dit gebeurd is, gaat de NZa bekijken hoe de inkoopvoorwaarden eruitzien. Dat zijn natuurlijk inhoudelijke voorwaarden. Je gaat dan zeggen: u moet 100 keer een behandeling hebben gedaan of u moet aan de richtlijnen van die en die voldoen. Eind van het jaar komt de NZa met een rapport over hoe de inkoopcriteria in elkaar zitten en over de vraag of mensen zich eraan hebben gehouden. Kunnen wij achteraf zien dat men ook daadwerkelijk daarop heeft ingekocht? De NZa kan dan zeggen: ik zou het eigenlijk wel een slagje anders willen, want ik vind dat hier of daar te weinig aandacht aan is besteed. Zo kun je een cyclus opzetten waarmee verbetering wordt gerealiseerd.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
De procedure is inderdaad verbeterd, maar het gaat nog steeds niet over kwaliteit. Daardoor kan de NZa er dus nog steeds niet op ingrijpen. Als je alleen kijkt naar procedures, protocollen en richtlijnen, wordt de stem van de verzekerde nog steeds niet meegenomen. Uit welke nieuwe inkoopwaarde of nieuwe procedure blijkt dat dit echt gebeurt? Ik vraag dat, want als de NZa nu opeens op inhoud toetst zijn we al een stap verder.

Minister **Schippers**:
Ten eerste is er het wetsvoorstel over inspraak van de verzekerden bij de verzekeraars, waaronder het inkoopbeleid, dat aanstaande vrijdag of maandag in consultatie gaat. Het staat in dat wetsvoorstel en het wordt dus wettelijk verankerd. Ten tweede kunnen we zien waarop verzekeraars in werkelijkheid inkopen. Is dat alleen procedureel of zitten

daar inhoudelijke criteria onder? Die criteria hebben we met elkaar in de Kamer vastgesteld, onder meer via amendementen en moties. Zijn die voldoende of moet daarop worden bijgestuurd? Doordat de NZa nagaat hoe het is gegaan, kunnen we bepalen of er meer of andere dingen nodig zijn.

De heer **Krol** (50PLUS):
Ik zat nog even na te kauwen op dat eigen risico dat de afgelopen jaren zo enorm is gestegen. Ik zag dat de minister het toch ook vervelend vindt dat het, door welke oorzaken dan ook, zo sterk is gestegen. Daardoor komen mensen in de problemen. Kan de minister eens met mij meedenken over een manier, wettelijk of met een aansporing, om verzekeraars te bewegen die mensen in termijnen te laten betalen? Dat zou in ieder geval helpen.

Minister **Schippers**:
Dat kan overal en bij alle verzekeraars. De informatiecampagne is echt noodzakelijk, want mensen moet weten dat het kan. Het kan bij alle verzekeraars. We zullen het dan ook in de informatiecampagne meenemen en mensen erop wijzen dat ze gespreid kunnen betalen als ze in de knel komen en dat ze hun verzekeraar daarom kunnen vragen.

De heer **Krol** (50PLUS):
Ik ben heel blij met die toezegging, want het blijkt dat heel veel mensen het niet snappen. Die mensen krijgen het kennelijk ook niet te horen van de verzekeringsmaatschappijen. Als we daar samen wat aan doen, helpen we heel veel mensen.

Minister **Schippers**:
Ik zal het meenemen in de campagne.

De **voorzitter**:
Dank u wel.

U kunt nu verder met de amendementen.

Minister **Schippers**:
Ik heb het amendement op stuk nr. 13 van de heer Voordewind en mevrouw Dik-Faber voor me, een amendement over suïcidepreventie. Wij zijn het gesprek aangegaan met 113Online. Ik heb de Kamer daarover verslag gedaan in de schriftelijke beantwoording van de vragen over de begroting. Ik vind dat we echt heel ver zijn gegaan en dat we deze kleine organisatie nu heel snel laten groeien. Daarom ontraad ik het amendement. Wij hebben het maximale gedaan en je moet oppassen dat het allemaal goed blijft gaan als je een organisatie in een korte tijd een paar keer in grootte verdubbeld. Ik zou dit amendement daarom echt willen ontraden.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Er is inderdaad een brief naar de Kamer gestuurd. Ik heb echter ook begrepen dat het gesprek met 113Online over de brief nog moet plaatsvinden. Ik houd het amendement in de lucht tot de uitkomsten van dat gesprek bekend zijn. Ik ben daar heel erg benieuwd naar en wij zullen dat amendement intrekken, mocht de uitkomst van dat gesprek zo zijn dat 113Online met de extra middelen prima uit de voeten kan. Wij willen ons daar wel van vergewissen en tot die tijd houden Joël Voordewind en ik het amendement nog even overeind.

Minister **Schippers**:
Het is belangrijk dat de Kamer weet dat ik in antwoord op de vragen over de begroting heb aangegeven welk budget wij willen inzetten. Ik vind dat wij de organisatie op die manier zo hard laten groeien als maar verantwoord is. Wij doen dat, omdat wij het ongelooflijk belangrijk vinden wat 113Online doet. Ik moet zeggen dat die organisatie het ontzettend goed doet en dat ik heel tevreden ben over haar inzet. Ik wil deze organisatie heel graag uitbreiden, maar daar zitten wel grenzen aan. Ik geef dat de Kamer mee, omdat dan duidelijk is waarom ik het amendement ook zou ontraden als het later wordt ingediend.

De **voorzitter**:
Het is ingediend, maar wij stemmen er pas begin december over. Wellicht kunt u hierover dus voor die tijd een brief aan de Kamer sturen.

Minister **Schippers**:
Ik dacht dat er dinsdag al over gestemd werd, maar dan is het anders.

De **voorzitter**:
Nee, wij stemmen dinsdag over de moties, maar over de amendementen en het wetsvoorstel pas in de eerste week van december.

Minister **Schippers**:
Oké.

Ik kom nu bij het amendement op stuk nr. 16 van de heer Van Gerven over plastische chirurgie. Ik heb de Kamer een brief gestuurd over het traject dat ik heb ingezet. Ik wil dat echt zorgvuldig doen, zoals wij dat doen met alles wat in het pakket zit. In die brief heb ik aangegeven dat wij via de standaardroute gaan kijken naar de transgenderchirurgie, de besnijdenis op medische indicatie en nog twee handelingen die ons door de beroepsgroepen zijn aangereikt. Dit ligt nu bij Zorginstituut Nederland. Dergelijke besluiten worden altijd voor de zomer genomen en ik krijg tijdig een reactie van het zorginstituut, zodat ik het besluit tijdig kan nemen op basis van het advies.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik vind het een goede zaak dat de minister dit traject heeft ingezet en dat wij naar ik aanneem in april een voorstel krijgen, zodat wij dat bij de pakketdiscussie kunnen betrekken. Ik heb overigens begrepen dat er discussie is over de manier waarop mijn amendement gedekt is, dus de dekking ga ik wijzigen. Er komt een aangepast amendement. Mijn punt is natuurlijk het jaar 2016. Mijn inschatting is namelijk dat het advies wel positief uit zal pakken op een aantal onderdelen. Daardoor zitten wij in 2016 met een wat nare

situatie. Heel concreet: met een bepaalde behandeling om een voorstadium van kanker te behandelen, is bijvoorbeeld een bedrag van €1.000 gemoeid. Dat komt nu voor eigen rekening van mensen. Dat vind ik heel vervelend. Valt daar geen mouw aan te passen? Kan er in 2016 al iets aan gedaan worden? Ik snap de systematiek die de minister aanhoudt. Het pakket zou in 2017 ingaan. Omdat het om een afgeperkte groep gaat, maar ook om heel grote bedragen kan gaan, vraag ik de minister om dit amendement positief te bekijken. Wellicht kan zij anders zelf een suggestie doen voor de manier waarop wij met deze problematiek kunnen omgaan.

Minister **Schippers**:
Ik blijft toch bij mijn oordeel "ontraden" en kan u ook uitleggen waarom. Ten tijde van het ziekenfonds is dit uit het pakket gegaan omdat de medische indicatie niet leidend was voor de declaratie op algemene kosten. Dat is precies waarom dit niet houdbaar is gebleken. Dat vond ik zelf echt een rotbesluit, omdat je ziet dat medisch noodzakelijke behandelingen mensen soms op hoge kosten jagen. Daardoor komen mensen er soms niet aan toe. Dat vond ik soms heel schrijnend. Dat is precies de reden waarom ik nu samen met de verzekeraars en de beroepsgroep mijn nek uitsteek en bekijk of wij het toch niet beter kunnen regelen. Daarbij is het wel cruciaal dat wij het zo regelen dat daarbij gepast gebruik van zorg ontstaat. Ik vind dat wij de onderdelen die ik in de brief aan de Kamer heb beschreven, serieus moeten bekijken. Daarvoor hebben wij een heel traject, uitermate zorgvuldig. Dat geldt voor allerlei behandelingen in de zorg. Ik wil dit in het eerstvolgende pakketbesluit meenemen, maar ik wil wel dat Zorginstituut Nederland er eerst goed naar kijkt met zijn vakkennis. Zo doen wij dat bij alle pakketuitbreidingen. Juist om de geschiedenis hiervan zou ik dat in dit geval niet anders willen.

De heer **Van Gerven** (SP):
Daarover zijn wij het eens. Laat het zorginstituut dit goed beoordelen en laten wij er een politiek besluit over nemen voor het zomerreces van komend jaar. Stel dat dit besluit op een aantal onderdelen positief is, dan zou het gezien de voorgeschiedenis goed zijn als mensen hier direct van konden profiteren. Ik wil de route die de minister schetst, niet dwarsbomen of daardoorheen fietsen, maar stel dat wij medio volgend jaar tot dat besluit komen, is er dan geen mouw aan te passen? Kunnen wij dan niet tot een oplossing komen voor de tweede helft van het jaar, waar het dan over zou gaan? Ik heb zelf voorgesteld om geld te reserveren, maar je zou ook aan een coulanceregeling kunnen denken. Is de minister bereid om nog eens na te denken over de mogelijkheid om langs die route tot afspraken met de zorgverzekeraars te komen?

Minister **Schippers**:
Ik wacht eerst het advies van het Zorginstituut af. Als op basis van dat advies andere afwegingen ontstaan, kunnen wij dat op dat moment beoordelen. Ik blijf bij mijn oordeel.

Het amendement op stuk nr. 28 is een aantal keren gewijzigd, maar het oordeel daarover is zoals in de schriftelijke reactie gegeven, namelijk oordeel Kamer.

De heer **Van Gerven** (SP):
Zou de minister duiding kunnen geven ...

De **voorzitter**:
U hebt oordeel Kamer!

Minister **Schippers**:
Nee, dat is het amendement van de leden De Lange en Tanamal.

De heer **Van Gerven** (SP):
Het gaat alle kanten op. Kan de minister het preciezer duiden? Dan weten we over welk amendement het gaat.

Minister **Schippers**:
Sorry, ik zit zelf ook met die administratie, dus ik kan de heer Van Gerven helemaal begrijpen. Ik heb hier staan: de gewijzigde amendementen 28, 29 en 30. Het is drie keer aangepast, maar het is één amendement, namelijk het amendement-De Lange/Tanamal over de familievertrouwenspersoon in de geestelijke gezondheidszorg. Daarvoor geldt: oordeel Kamer.

Voor het gewijzigde amendement op stuk nr. 29 over Hartveilig wonen geldt ook: oordeel Kamer. Dat geldt ook voor amendement op stuk nr. 30.

De **voorzitter**:
Alleen het amendement op stuk nr. 31 heeft nog een oordeel nodig. Dan help ik u op deze manier.

Minister **Schippers**:
Heel fijn, dank u wel. Dat is het amendement-Dik-Faber. Ik geef er in tweede termijn een reactie op.

De **voorzitter**:
Dat is net binnengekomen, dus de minister heeft het nog niet goed kunnen beoordelen.

Minister **Schippers**:
Ik vraag mevrouw Bruins Slot om even te kijken naar Zorgkeuzes in kaart. Dat biedt inzicht in de zogenaamde menukaartbenadering. Er zijn twee varianten. In variant 24 op pagina 61 zie je hetzelfde maximale eigen risico en vaste bedragen gebaseerd op 25%, 50% en 75% van de feitelijke kosten. De tweede variant is hetzelfde, maar dan met een verhoging van het plafond van het eigen risico, omdat de eerste variant geld kost. De variant van het CDA is de €75-benadering; die is net weer een beetje anders. Kan mevrouw Bruins Slot hier genoeg mee? Of wil zij het CPB nog ernaar laten kijken? Dan moet zij mij dat even laten weten.

De **voorzitter**:
Het gaat over pagina 61 van Zorgkeuzes in kaart, variant 24.

Minister **Schippers**:
Juist!

De **voorzitter**:
Dank u wel. Daarmee is een einde gekomen aan de beantwoording door de minister.

Met het oog op de klok wil ik u het volgende voorstel doen. De staatssecretaris heeft ook nog een behoorlijk aantal vragen te beantwoorden. Ik vind het altijd naar om in een antwoord te schorsen, dus ik stel voor om nu een halfuur te schorsen voor de lunchpauze. Vervolgens hebben we de regeling van werkzaamheden en de installatie van een nieuwe collega. Daarna gaan we om een uur of één, afhankelijk van de vraag hoe lang de regeling duurt, verder met de behandeling van deze begroting. Het is altijd lastig om rond deze tijd te schorsen, maar het is ook heel lastig om in een antwoord te schorsen. Ik weet zeker dat dat nodig zal zijn, want ik denk niet dat de staatssecretaris binnen twee uur klaar is met zijn antwoord en u wilt ook niet dat ik u op ga jagen.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 12.05 uur tot 12.47 uur geschorst.